

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

LES ANNALES DE L'IFORD

Revue



N° 2 — JUIN 1975

YAOUNDE



P062
N.2
1975

Mortalité et fécondité en Afrique Centrale

Pierre FOKOM et Grégoire HOUSSOU

E R R A T A

p3 le titre du tableau 9 est "Taux de mortalité par sexe, par âge et par pays"

p22 paragraphe b), troisième alinéa, 2^e ligne, au lieu de "il manque..."
lire "on manque"...

p42 avant dernier paragraphe, 1^{ère} ligne, au lieu de "retard du mariage", lire "retard au mariage".

É T U D E D E C A S :

MORTALITE ET FECONDITE en AFRIQUE CENTRALE
--

Par MM. Pierre FOKOM
et
Grégoire HOUSSOU

Sous la direction de
M. Francis GENDREAU

- DECEMBRE 1974 -

PREFACE

Parmi les problèmes les plus aigus auxquels se heurte la recherche démographique en Afrique, figure le manque de données fiables. Ce n'est que par un effort soutenu en vue de l'amélioration de la collecte des données que la connaissance des populations africaines pourra valablement progresser. Mais ce résultat ne peut être acquis que lentement, aussi la valorisation des données actuellement disponibles doit elle être un souci parallèle des démographes africains.

C'est dans ce cadre que doit être située la présente "étude de cas" sur "la mortalité et la fécondité en Afrique Centrale" qui tente, par le biais de l'analyse comparative d'une part entre pays d'une même région, d'autre part entre les diverses sources disponibles, de décrire les niveaux et les facteurs de la mortalité et de la fécondité dans cette partie du continent.

Nous espérons que cette seconde publication scientifique de l'IFORD contribuera à une meilleure connaissance des populations africaines en attendant des études plus approfondies s'appuyant sur des données plus sûres.



F. GENDREAU
Directeur p.l.

AVANT-PROPOS

Le programme de la deuxième année de l'IFORD prévoit entre autres activités, l'étude par équipe d'un sujet relatif à la démographie et choisi dans un cadre défini par l'Institut.

L'"étude de cas" abordée ci-dessous a été réalisée par MM. Grégoire HOUSSOU (Dahomey) et Pierre FOKOM (Cameroun), sous la conduite de M. Francis GENDREAU, Directeur p.i. de l'I.FO.R.D.

La carence des données démographiques n'a pas permis d'examiner tous les aspects d'un sujet aussi intéressant que "La Mortalité et la Fécondité en Afrique Centrale".

Il faut espérer que la vague des recensements en cours ou en perspective dans la région, apportera bientôt des informations suffisantes qui permettront de reprendre ce sujet dans des conditions plus favorables. En attendant, cette étude aura permis de rassembler et de réfléchir un peu sur les quelques données disponibles.

CARTE DE SITUATION



S O M M A I R E

Liste des tableaux et graphiques

- INTRODUCTION : SITUATION DU PROBLEME
- PREMIERE PARTIE : LES POPULATIONS D'AFRIQUE CENTRALE
1. Les sources des données
 2. Les estimations actuelles
- DEUXIEME PARTIE : LA MORTALITE EN AFRIQUE CENTRALE
1. Niveau global
 - a) l'espérance de vie à la naissance
 - b) le taux brut de mortalité (TBM)
 2. Structures
 - a) les causes biologiques (âge, sexe)
 - b) les causes cliniques
 3. Mortalité différentielle
 - a) mortalité selon le pays
 - b) mortalité selon la zone d'habitat
 - c) mortalité selon le groupe ethnique
 - d) mortalité selon l'activité.
- TROISIEME PARTIE : LA FECONDITE EN AFRIQUE CENTRALE
1. Niveau global
 2. Fécondité différentielle
 - a) fécondité par l'âge
 - b) fécondité selon la situation matrimoniale
 - c) fécondité et polygamie
 - d) fécondité et groupe ethnique
 - e) fécondité selon la zone d'habitat
 - f) fécondité selon la catégorie socio-professionnelle
 - g) fécondité et mobilité conjugale
- CONCLUSION : PERSPECTIVES DE LA MORTALITE ET DE LA FECONDITE EN AFRIQUE CENTRALE

BIBLIOGRAPHIE

Annexe : Quelques données non utilisées dans l'étude.

LISTE DES TABLEAUX

- 1.- Répartition par sexe et âge de la population de l'Afrique Centrale en 1965.
- 2.- Population par pays en 1969.
- 3.- Population par pays, par sexe et par grands groupes d'âge.
- 4.- Population par pays, par sexe et grand groupe d'âge en pourcentage.
- 5.- Espérance de vie à la naissance par sexe et par pays.
- 6.- Estimation de l'espérance de vie à la naissance par pays en 1965.
- 7.- Taux brut de mortalité par pays.
- 8.- Estimation du taux brut de mortalité par pays en 1965.
- 9.- Taux de mortalité infantile et taux brut de natalité par pays.
- 10.- Taux de mortalité infantile et taux brut de natalité par pays.
- 11.- Naissances par pays en 1965.
- 12.- Estimation du taux de mortalité infantile par pays en 1965 (Zaïre non compris).
- 13.- Les épidémies par pays en 1965.
- 14.- Les grandes endémies par pays en 1965.
- 15.- Calcul des taux comparatifs de mortalité.
- 16.- Taux comparatifs de mortalité.
- 17.- Indicateurs sociaux par pays.
- 18.- Produit intérieur brut par tête et taux brut de mortalité.
- 19.- Taux de mortalité par âge et par zone d'habitat.
- 20.- Mortalité selon l'activité principale du chef de ménage au Tchad.
- 21.- Mortalité par catégorie socio-professionnelle du chef de ménage au Gabon.
- 22.- Calcul du taux brut de natalité en Afrique Centrale.
- 23.- Calcul de la descendance finale en Afrique Centrale.
- 24.- Proportion des femmes congolaises n'ayant jamais eu d'enfants par âge et par zone d'habitat.
- 25.- Taux de fécondité par âge et par pays.
- 26.- Pourcentage des femmes mariées par âge et par pays.
- 27.- Taux de fécondité selon l'état matrimonial et l'âge pour certains pays.
- 28.- Répartition des femmes de 15 ans et plus selon la situation matrimoniale pour certains pays.

- 29.- Descendance suivant le nombre de co-épouses au Congo et au Tchad.
- 30.- Descendance finale rwandaise selon le grand groupe ethnique.
- 31.- Fécondité selon la catégorie socio-professionnelle du mari au Tchad.
- 32.- Fécondité totale au Tchad selon le nombre de mariages contractés et la zone d'habitat.
- 33.- Descendance finale et nombre de mariages contractés au Rwanda selon la zone d'habitat.

LISTE DES GRAPHIQUES

- 1.- Pyramide des âges rapportée à 1000 habitants de l'Afrique Centrale en 1965.
- 2.- Taux de mortalité par âge (sexes réunis) du Burundi, Centrafrique, Gabon, Rwanda, Tchad et Zaïre.
- 3.- Taux de fécondité par âge des pays de l'Afrique Centrale.
- 4.- Pyramide des âges rapportée à 1000 habitants du Burundi en 1965.
- 5.- Pyramide des âges rapportée à 1000 habitants du Cameroun, du Tchad en 1965.
- 6.- Pyramide des âges rapportée à 1000 habitants de Centrafrique, du Congo et du Gabon en 1965.
- 7.- Pyramide des âges rapportée à 1000 habitants du Rwanda en 1965.
- 8.- Pyramide des âges rapportée à 1000 habitants du Zaïre en 1965.

INTRODUCTION

Sous le terme "Afrique Centrale" nous retiendrons ici les pays suivants : Burundi, Cameroun, Centrafrique, Congo, Gabon, Rwanda, Tchad et Zaïre.

Dans cette région de l'Afrique, on ne possède généralement que des connaissances très incertaines sur les populations et leurs mouvements et tendances du point de vue démographique. L'état-civil ne fonctionne réellement nulle part et peu de recensements de population y ont été réalisés. Dans la grande majorité des pays de la région, les premières enquêtes démographiques datent d'à peine 10 ans et peu d'entre elles ont été étudiées à fond. L'outil essentiel de l'enquête, le questionnaire, n'était pas toujours adapté au milieu, de même d'ailleurs que les méthodes d'analyse.

Dans ces conditions, il peut sembler ambitieux d'essayer de décrire des phénomènes aussi complexes que la fécondité et la mortalité en Afrique du Centre, autrement qu'à la suite d'enquêtes ou de recensements réellement conçus pour la société africaine. C'est pourtant ce que l'on va essayer de faire ici.

Les dates des enquêtes utilisées diffèrent suivant les pays et parfois suivant les régions d'un même pays. Dès lors, il est évident qu'il sera extrêmement difficile de construire des indices de mortalité ou de fécondité relatifs à l'ensemble de la région. Aussi s'appuiera-t-on selon le cas sur tel ou tel pays et en particulier sur ceux (et ils sont très peu nombreux) ayant réalisé ces dernières années des enquêtes démographiques avec les enseignements tirés des premières expériences des années 60. Dans certains cas enfin, on sera bien obligé de faire appel aux ajustements effectués à partir des résultats considérés comme aberrants.

On examinera d'abord la mortalité, puis la fécondité, avant de tenter de dégager les tendances du mouvement de la population de l'Afrique Centrale.

Auparavant, on essaiera dans une première partie, de donner quelques indications sommaires sur la structure des populations concernées, telles qu'on les estime actuellement.

PREMIERE PARTIE :

LES POPULATIONS D'AFRIQUE CENTRALE

1. Les sources des données

La première enquête démographique réalisée en Afrique Centrale a eu lieu au Zaïre (à l'époque Congo belge) en 1955-1957. Par la suite, une série d'enquêtes ont été menées dans les pays francophones de la région entre 1959 et 1965. Au Burundi et au Rwanda, des enquêtes démographiques ont eu lieu plus récemment en 1970-1971.

Si ces diverses investigations permettent de se faire une idée, à des dates différentes, de la structure de la population de chacun des pays intéressés, par contre, aucune indication ne semble avoir encore été donnée sur la composition de l'ensemble de la population de la région à une date précise. Il serait pourtant intéressant, avant toute analyse d'avoir une vue globale sur la population de l'Afrique Centrale. C'est pourquoi, nous allons d'abord tenter de ramener les données des différentes enquêtes à une date "moyenne", de façon à présenter une image approximative de la structure par âge des populations de toute la région.

Pour ce faire, nous bénéficions d'un concours de circonstances particulièrement favorables. En effet, on trouve en annexe dans "AFRIQUE NOIRE, MADAGASCAR ET COMORES, DEMOGRAPHIE COMPAREE" (INSEE, 1967), sous le titre "Perspectives démographiques pour les pays de l'Afrique Centrale", des estimations ajustées par sexe et par âge pour les populations de l'ancienne Afrique Equatoriale française et le Cameroun en 1965. Par ailleurs, l'annuaire démographique des Nations Unies 1970 donne des indications sur la population du Burundi en 1965. Enfin, les résultats de l'enquête du Rwanda (1970) et les "Perspectives démographiques provisoires du Zaïre" (Institut National de la Statistique 1972) permettent, avec le taux moyen annuel d'accroissement retenu dans chaque cas, de faire une projection rétrospective sur 1965, en appliquant le taux d'accroissement annuel moyen à chaque groupe d'âge. Ainsi, nous pouvons avoir pour chaque pays une estimation de la population par sexe et par âge. (annexe n° 1)

2. Les estimations actuelles (Tableau n° 1)

Nous pouvons ensuite proposer aisément, en faisant le cumul par groupe d'âge, une structure approximative par sexe et par âge de la population de l'Afrique Centrale ; d'après ces estimations, la population des huit pays considérés, devait dépasser en 1965, le cap de 36,5 millions d'habitants (Tableau n° 1).

On trouvera ci-après la pyramide correspondante, qui présente une allure très régulière. Cette allure doit probablement être la conséquence des hypothèses faites en particulier au moment de projeter les populations des pays "francophones", essentiellement en ce qui concerne la constante de la fécondité. Il convient d'ajouter que les projections ont été faites à partir des "populations ajustées", ce qui est vraisemblablement aussi le cas du Zaïre.

Tableau n° 1 : Répartition par sexe et par âge en 1965.

Unité : millier

Age	M	F	T
0- 4	3 320	3 220	6 540
5- 9	2 658	2 628	5 286
10-14	2 186	2 211	4 397
15-19	1 789	1 798	3 587
20-24	1 486	1 530	3 016
25-29	1 275	1 345	2 620
30-34	1 068	1 148	2 216
35-39	943	1 033	1 976
40-44	769	877	1 646
45-49	670	763	1 433
50-54	525	621	1 146
55-59	421	508	929
60-64	299	386	685
65 et +	462	603	1 065
Total	17 871	18 671	36 542

Par ailleurs, les Nations Unies donnent les estimations suivantes pour les pays de la région en 1969 : (Tableau n° 2).

Tableau n° 2 : Population par pays en 1969.

Source : Guide démographique pour l'Afrique (CEA, Addis-Abeba)

Pays	Population en millier
Burundi	3 516
Cameroun	5 660
Centrafrique	1 489
Congo	916
Gabon	478
Rwanda	3 487
Tchad	3 621
Zaïre	21 169
Total	40 336

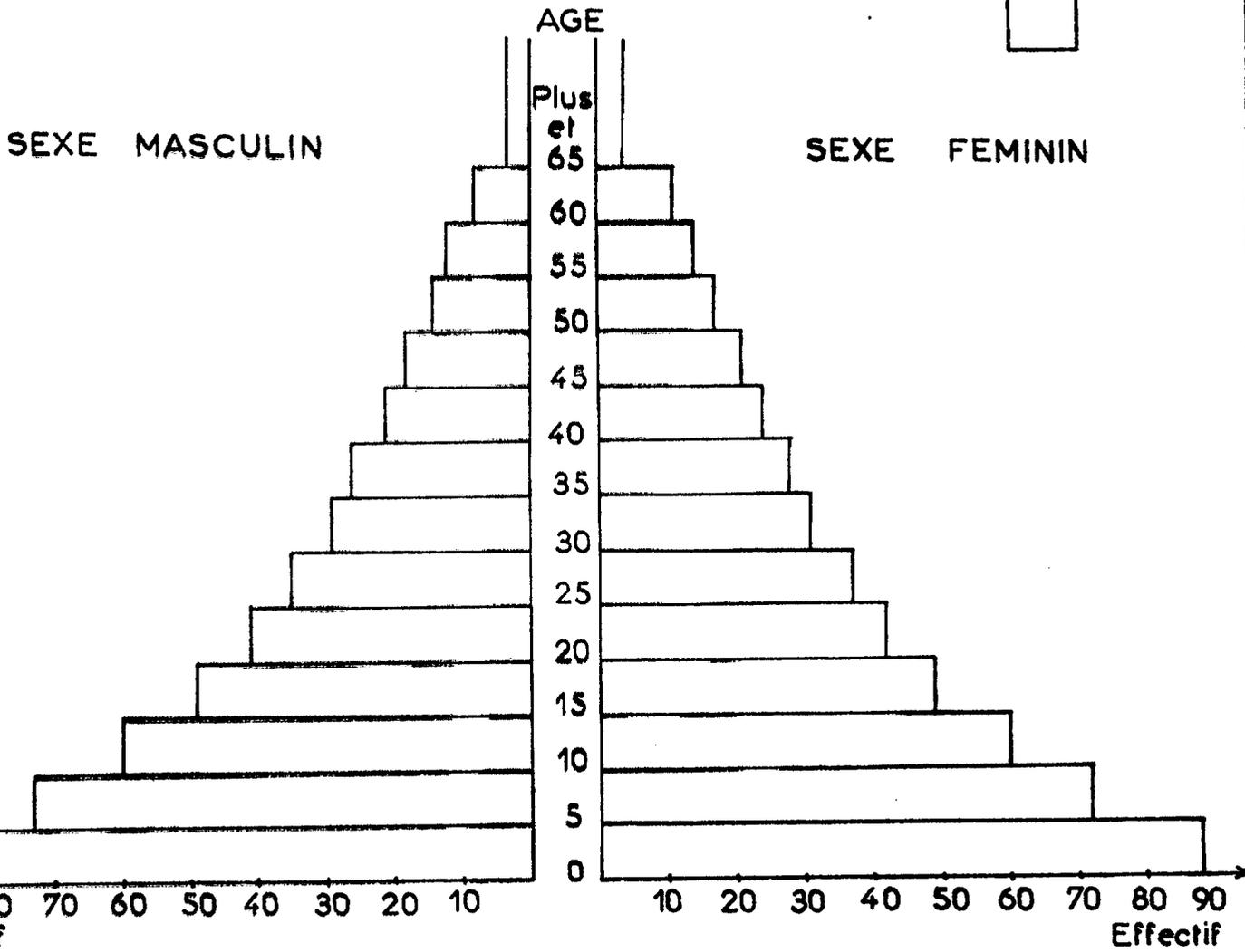
Graphique 1

PYRAMIDE des AGES rapportée à 1000 habitants de l'AFRIQUE CENTRALE en 1965

Echelles

5 ans

10hbts



L'O.N.U. retient un taux d'accroissement moyen de 2,5% par an pour la période 1963-1969. En appliquant ce taux à la population estimée en 1969, on peut la ramener à 1965. On écrira en effet :

$P_{1965} = P_{1969}(1.025)^{-4} = 40\ 336(1.025)^{-4} = 36\ 503$ milliers d'habitants. On ne dira pas que ce résultat confirme celui trouvé ci-dessus, mais qu'il se trouve dans la fourchette contenant les estimations actuelles des populations de l'Afrique Centrale.

Les données de l'annexe 1 permettent de dresser le tableau n° 3 ci-dessous, répartissant la population de chaque pays par grand groupe d'âge.

Tableau n° 3 : Population par pays et par sexe et grands groupes d'âge.

unité : millier

Pays	0-14 ans		15-64 ans		65 ans et +		Tous âges	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Burundi	753	751	768	800	62	74	1 583	1 625
Cameroun	1 155	1 174	1 374	1 425	76	86	2 605	2 685
Centrafrique	252	257	353	404	16	18	621	679
Congo	163	166	221	261	10	12	402	439
Gabon	92	94	131	151	6	6	229	251
Rwanda	771	760	763	825	31	29	1 565	1 614
Tchad	748	762	891	925	50	56	1 689	1 743
Zaïre	4 230	4 095	4 736	5 218	211	322	9 177	9 635
TOTAL	8 164	8 059	9 245	10 009	462	603	17 871	18 671

En pourcentage, cette structure par grands groupes d'âge se présente comme suit (Tableau n° 4).

Tableau n° 4 : Population par pays et par sexe et grands groupes d'âge en %

Pays	0-14 ans		15-64 ans		65 ans et +		Tous âges	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Burundi	23,4	23,4	24,0	25,0	1,9	2,3	49,3	50,7
Cameroun	21,8	22,2	26,0	27,0	1,4	1,6	49,2	50,8
Centrafrique	19,4	19,8	27,2	31,0	1,2	1,4	47,8	52,2
Congo	19,4	19,7	27,2	31,1	1,2	1,4	47,8	52,2
Gabon	19,2	19,6	27,3	31,5	1,2	1,2	47,7	52,3
Rwanda	24,2	23,9	24,0	26,0	1,0	0,9	49,2	50,8
Tchad	21,8	22,2	26,0	27,0	1,4	1,6	49,2	50,8
Zaïre	22,5	21,8	25,2	27,7	1,1	1,7	48,8	51,2
TOTAL	22,3	22,0	25,3	27,4	1,3	1,7	48,9	51,1

On remarque d'abord une prédominance (légère il est vrai) des femmes dans tous les pays concernés.

Ensuite, on est frappé par la forte proportion des individus âgés de moins de 15 ans (plus de 44%), mais surtout par la faiblesse de la proportion des individus âgés de 65 ans et plus. Cette proportion est d'environ 3% dans l'ensemble de la région, et reste comprise entre 1,9% (Rwanda) et 4,2% (Burundi).

Il est évident que cette structure de la population est beaucoup plus influencée par la fécondité que par la mortalité. Toutefois, la faiblesse de la proportion des personnes âgées laisse supposer ici une mortalité élevée (aux jeunes âges), ce qui traduit le retard pris par l'Afrique tropicale en ce qui concerne la lutte contre la mort. Cette proportion est en effet de 5 à 6 fois plus élevée dans certaines nations très développées où l'espérance de vie à la naissance est de très loin plus élevée qu'en Afrique Centrale, région dont la mortalité fait l'objet de la deuxième partie de cette étude.

DEUXIEME PARTIE

LA MORTALITE EN AFRIQUE CENTRALE

Les quelques indices disponibles qui auraient pu donner une indication au moins approximative du niveau de la mortalité, ont été évalués à des dates différentes dans les pays concernés. Nous allons tenter d'abord de situer le niveau global de la mortalité. Ensuite nous examinerons sa structure, avant d'aborder la mortalité différentielle dans la région.

1. Niveau global

On se limitera à deux indices : l'espérance de vie à la naissance (e_0) et le taux brut de mortalité (TBM).

a) L'espérance de vie à la naissance

Ici l'information a été vraiment rare et l'on doit se contenter des estimations de la CEA pour 1965. Le Guide démographique de l'Afrique (Addis-Abeba, Juin 1971) donne en effet les indications suivantes (Tableau n° 5).

Tableau n° 5 : Espérance de vie à la naissance par sexe et par âge

Pays	Période	e_0 en année		
		M	F	Ensemble
Burundi	1965	35.0	38.5	-
Cameroun	1960-65	34.3	37.2	-
Centrafrique	1965	-	-	35.9
Congo	1960-61	-	-	37.0
Gabon	1960-61	25.0	45.0	-
Rwanda	1960-65	-	-	38.4
Tchad	1964	29.0	35	-
Zaïre	1960-65	-	-	38.4

Source : Guide démographique pour l'Afrique CEA, Addis-Abeba, Juin 1971

Le tableau ci-dessus donne des estimations de e_o , tantôt pour les deux sexes réunis, tantôt pour chaque sexe, selon les pays. On devrait pouvoir estimer aisément l'espérance de vie à la naissance pour chaque pays, dans les cas où cette espérance est donnée par sexe. En effet, en notant p_o le rapport de masculinité à la naissance et e_o^m , e_o^f respectivement les espérances de vie masculine et féminine, on propose d'estimer e_o par la relation :

$$e_o = \frac{e_o^m p_o + e_o^f}{1 + p_o} \quad (\text{sexes réunis})$$

Faute d'autres précisions, nous supposons le rapport de masculinité $p_o = 105$, ce qui correspond à un taux de masculinité d'environ 0,512. La formule d'estimation ci-dessus s'écrit alors :

$$e_o = e_o^m \times 0,512 + e_o^f \times 0,488$$

Avec les données du tableau n° 4 ci-dessus, nous trouvons les estimations suivantes pour e_o :

Burundi :	36,7 ans
Cameroun :	35,8 ans
Tchad :	32,0 ans
Gabon :	34,8 ans

Par ailleurs, dans son rapport intitulé "La situation démographique dans le monde en 1970", l'O.N.U estimait que dans une hypothèse d'évolution moyenne, l'espérance de vie à la naissance en Afrique Centrale se situait autour de :

37,5 ans entre 1960-1965

ce qui correspond à une augmentation de l'espérance de vie entre les deux périodes de 1,5 ans (soit environ 4%). En appliquant ce pourcentage d'augmentation aux espérances de vie du Congo et du Gabon aux environs de 1960, on trouve respectivement, pour les alentours de 1965 :

Congo :	38,5 ans
Gabon :	36,2 ans

Maintenant, on peut essayer de situer le niveau de longévité dans l'ensemble de l'Afrique Centrale en 1965, en calculant une espérance de vie moyenne pondérée par les effectifs des populations concernées : (Tableau n° 6).

(Au départ, on supposera que l'espérance de vie a peu varié au Tchad entre 1964 et 1965).

Tableau n° 6 : Estimation de l'espérance de vie à la naissance par pays en 1965.

Pays	e_0 1965 (année)	Population 1965 (millier)	e_0 x Population
Burundi	36,8	3 208	118 054,5
Cameroun	35,8	5 290	189 382,0
Centrafrique	35,9	1 300	46 670,0
Congo	38,5	841	32 378,5
Gabon	36,2	480	17 376,0
Rwanda	38,4	3 179	122 073,6
Tchad	32,0	3 432	109 824,0
Zaïre	38,4	18 812	722 380,8
TOTAL	37,2	36 542	1 358 139,3

En Afrique Centrale donc, l'espérance de vie à la naissance se situerait autour de 37,2 ans en 1965.

A titre indicatif, on notera que les enquêtes démographiques les plus récentes ont donné respectivement $e_0 = 40,5$ et 39 ans pour le Burundi et le Rwanda en 1970-1971.

b) Le taux brut de mortalité (TBM)

Ici encore, les données font défaut et une fois de plus l'on doit se contenter des publications de l'O.N.U qui sont en fait tirées des résultats des différentes enquêtes, mais éventuellement ajustées. (Tableau n° 7).

Tableau n° 7 : TBM par pays

Pays	Période	TBM ‰
Burundi	1965	25,6
Cameroun	1964-65	25,7
Centrafrique	1960-65	27,6
Congo	1960-61	24,4
Gabon	1960-61	30,0
Rwanda	1960-65	21,6
Tchad	1964	31,0
Zaïre	1960-65	24,5

Source : Guide démographique de l'Afrique, CEA Addis-Abeba 1971

On a signalé ci-dessus que d'après l'O.N.U, l'espérance de vie à la naissance (e) avait augmenté d'environ 4% entre les périodes 1960-1965 et 1965-1970.

Si l'on suppose que les conditions de vie se sont relativement améliorées au cours de cette période, on est tenté d'attribuer cette augmentation de l'espérance de vie à un recul de la mortalité dans la région.

En admettant donc que la mortalité a baissé dans le même ordre de grandeur, on peut penser que le taux brut de mortalité (TBM) a évolué de la façon suivante : si Δ est la baisse du TBM, on a :

$$TBM_{1965} = TBM_{1960} - \Delta$$

On trouve ainsi pour le :

$$\text{Congo : } TBM_{1965} = 23,4\%$$

$$\text{Gabon : } TBM_{1965} = 28,8\%$$

On admettra qu'entre 1964 et 1965, la diminution est négligeable pour le Tchad. Les autres taux sont relatifs à des périodes incluant 1965. On peut alors admettre qu'ils sont assez voisins des taux estimés pour 1965.

Dès lors, on peut tenter d'estimer un taux brut de mortalité (TBM) pour l'ensemble de la région, en pondérant comme ci-dessus les estimations par pays par les effectifs des populations concernées (Tableau n° 8).

Tableau n° 8 : Estimation du TBM par pays en 1965

Pays	TBM %	Population (millier)	TBM x Population
Burundi	25,6	3 208	82 124,8
Cameroun	25,7	5 290	135 953,0
Centrafrique	27,6	1 300	35 880,0
Congo	23,4	841	19 679,4
Gabon	28,8	480	13 824,0
Rwanda	21,6	3 179	68 666,4
Tchad	31,0	3 432	106 392,0
Zaïre	24,5	18 812	460 894,0
TOTAL	25,3	36 542	923 413,6

On trouve donc une estimation du TBM = $\frac{923\ 413,6}{36\ 542} = 25,3\%$

Ce résultat doit être considéré avec la plus grande réserve car, non seulement les taux par pays ne sont que des évaluations ponctuelles, mais encore et surtout parce que certaines informations recueillies par ailleurs font douter de leur validité. En effet, en prenant par exemple le cas du Rwanda, l'enquête démographique de 1970 donne un taux brut de mortalité égal à 22%, et les auteurs du rapport de cette enquête estiment que la mortalité a été sous-enregistrée et que très probablement le taux brut de mortalité était bien supérieur à 22% en 1970. Or généralement, la tendance est de croire que les progrès de la médecine ont fait reculer la mortalité en Afrique tropicale. Dans ces conditions, il y a lieu de douter du TBM estimé par l'O.N.U. à 21,6% en 1965.

En examinant d'ailleurs le taux du Burundi estimé à 25,6% à la même période, l'inégalité avec le taux du Rwanda est très frappante et ne s'explique pas apparemment. Les deux pays ont le même relief naturel fait de collines. Ils sont occupés par les mêmes groupes humains principalement les TUTSI et les HUTU. Et d'ailleurs, du temps de la colonisation belge, le Rwanda constituait plutôt un arrière pays aux infrastructures sanitaires si réduites que jusqu'en 1968, l'une des principales causes de décès était la malaria. Par contre, le Burundi a depuis la colonisation d'importants centres urbains, de nombreuses voies de communications et jouit d'une meilleure couverture sanitaire. Que le taux de mortalité y soit plus élevé qu'au Rwanda paraît illogique et en tout cas ne s'explique pas.

Pour ce qui est du Congo, le rapport définitif de l'enquête démographique réalisée dans ce pays en 1960-1961, précise que la mortalité a été si mal enregistrée qu'aucun indice s'y rapportant n'a été calculé. Le TBM relatif à ce pays n'est donc qu'une estimation de l'O.N.U. Cette estimation est vraisemblablement faible lorsqu'on la compare aux taux du Gabon voisin (28,8%) et de la RCA (27,6%).

Quant au Zaïre, rien ne justifie non plus le niveau relativement modéré de la mortalité dans cet immense pays de l'Afrique Centrale où les années 60 ont été si troublées qu'on pourrait plutôt penser à un accroissement de la mortalité au moins jusqu'en 1965. Compte tenu du poids de la population de ce pays dans la région, la sous-estimation très probable de la mortalité du Zaïre influe énormément sur les indices de mortalité calculés ci-dessus pour l'ensemble de la région.

2. Structure de la mortalité

"La mort est un phénomène naturel en ce sens qu'elle est l'aboutissement fatal de toute vie humaine ; elle survient chez tout être humain à un moment postérieur à la naissance vivante".

La faiblesse de l'espérance de vie en Afrique Centrale notée ci-dessus, traduit tout simplement le fait que les populations concernées subissent cet événement fatal de manière plus précoce que les habitants de certaines autres régions du monde. Pour en étudier la structure, nous en examinerons les deux causes ou plus exactement les deux groupes de causes, (biologiques et cliniques).

a) Les causes biologiques

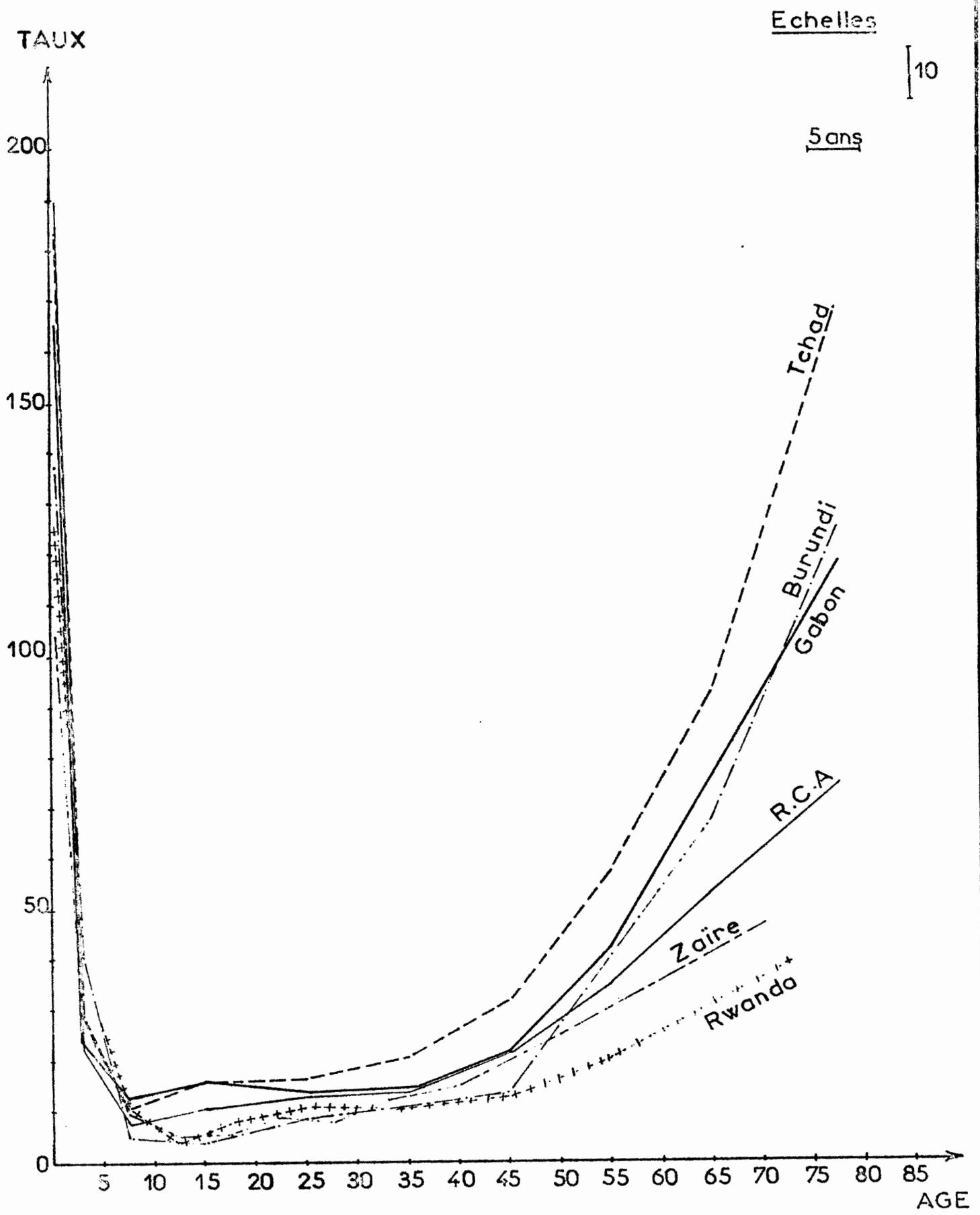
Ce sont essentiellement l'âge et le sexe. L'âge influe énormément sur la mortalité. C'est ainsi qu'on remarquera qu'en Afrique Centrale, la surmortalité qu'on observe est encore plus marquée chez les personnes très jeunes et les individus d'âge avancé. Le tableau n° 9 ci-dessous donne, à des dates différentes les taux de mortalité par sexe et âge dans les pays de la région (graphique n° 2).

Tableau n° 9 : Taux de mortalité par sexe, par âge et par pays

Pays	Burundi 1970		Cameroun				Centrafrique 1960		Gabon 1960		Rwanda 1970		Tchad 1964		Zaïre 1955-57	
	M	F	Occidental 1964		Bamileké 1965		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Age			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0	128	149	180	135	125	157	201	178	203	132	135	120	205	164	110	98
1- 4	45	38	42	39	50	52	29	26	28	21	41	38	31	26	32	28
5- 9	6	5	16	12	8	8	9	8	16	10	12	10	11	10	11	9
10-14	{ 4	{ 4	9	12	4	4	{ 10	{ 12	{ 16	{ 17	4	4	{ 18	{ 14	6	5
15-19	{ 4	{ 4	10	8	7	5	{ 10	{ 12	{ 16	{ 17	6	10	{ 18	{ 14	6	6
20-24	{ 8	{ 10	11	8	10	7	{ 10	{ 14	{ 21	{ 10	{ 8	{ 13	{ 20	{ 16	8	9
25-29	{ 8	{ 10	11	8	12	8	{ 10	{ 14	{ 21	{ 10	{ 8	{ 13	{ 20	{ 16	{ 8	{ 9
30-34	{ 11	{ 12	9	8	16	3	{ 13	{ 15	{ 22	{ 10	{ 11	{ 11	{ 26	{ 18	{ 11	{ 12
35-39	{ 11	{ 12	15	11	12	9	{ 13	{ 15	{ 22	{ 10	{ 11	{ 11	{ 26	{ 18	15	16
40-44	{ 19	{ 10	21	21	17	7	{ 29	{ 15	{ 28	{ 16	{ 18	{ 13	{ 40	{ 24	{ 27	{ 24
45-49	{ 19	{ 10	21	21	17	7	{ 29	{ 15	{ 28	{ 16	{ 18	{ 13	{ 40	{ 24	{ 27	{ 24
50-54	{ 43	{ 39	45	42	28	14	{ 49	{ 23	{ 56	{ 31	{ 30	{ 14	{ 75	{ 41		
55-59	{ 43	{ 39	63	71	28	18	{ 49	{ 23	{ 56	{ 31	{ 30	{ 14	{ 75	{ 41		
60-64	{ 67	{ 68	50	46	61	62	{ 74	{ 30	{ 120	{ 44			{ 115	{ 69	51	43
65-69	{ 67	{ 68	80	60	75	63	{ 74	{ 30	{ 120	{ 44			{ 115	{ 69	(2)	(2)
70-74	125	127	117	222	98	161	104	104	185	78	{ 60 (1)	17 (1)	225	115		
Ensemble	21	20	28	24	28	21	29	23	39	22	24	20	37	26	21	19

(1) 60 ans et + ; (2) 55 ans et +

TAUX de MORTALITE par AGE (Sexes réunis) de: R.C.A., BURUNDI, GABON, RWANDA, TCHAD et ZAIRE



Graphique 2

a.1. L'âge

La surmortalité infantile est évidente dans les deux sexes ; son niveau, très élevé, correspondrait plutôt à celui observé en Europe au 19^e siècle. En effet, entre 1851 et 1860, le taux de mortalité à moins d'un an se situait autour de 157% (sexe masculin) et de 134% (sexe féminin) en Suède. ("Transition démographique appliquée à l'Afrique tropicale" OCDE, J. Condé, 1971).

En 1960, c'est-à-dire plus de 100 ans plus tard, ce taux était encore de 201% (sexe masculin) et de 178% (sexe féminin) en République Centrafricaine, contre respectivement 10,88% et 9,34% (2 sexes) en Suède en 1965.

Les données actuellement disponibles ne fournissent aucune indication sur le niveau global de la mortalité infantile en Afrique Centrale. On dispose cependant de quelques estimations du taux de mortalité infantile (TMI) et du taux brut de natalité (TBN) pour chaque pays de la région (Tableau n° 10).

Tableau n° 10 : TMI et TBN par pays

Pays	Période	TBN %.	TMI %.
Burundi	(1) 1965	46,1	150
Cameroun	(2) 1964-65	42,8	137,2
Centrafrique	(1) 1960-65	45,7	190
Congo	(1) 1960-61	47,0	180
Gabon	(1) 1960-61	35,0	229
Rwanda	(1) 1960-65	51,4	127
Tchad	(1) 1963-64	49,0	160
Zaïre	(1) 1960-65	44,5	...

Sources : (1) Guide démographique pour l'Afrique, CEA, Juin 1971
 (2) Evaluation et projections démographiques au Cameroun, Mai 1970.

Le TMI se définit comme le rapport des décès de moins d'un an (une année donnée) sur les naissances totales de l'année. On peut donc essayer d'obtenir un taux de mortalité infantile pour l'ensemble de la région, en calculant une moyenne pondérée (des taux par pays) par les naissances annuelles de chaque pays.

En effet, disposant du taux brut de natalité pour chaque pays et en considérant les populations concernées comme évaluées au milieu de l'année 1965, on peut estimer les naissances annuelles par pays. Par exemple, pour le Burundi, en désignant par N les naissances totales de 1965, on peut écrire :

$$\frac{N}{3.208.000} = 0,461, \text{ d'où } N = 147\ 888 \text{ naissances.}$$

Le tableau n° 11 donne les estimations pour 1965.

Tableau n° 11 : Naissances par pays en 1965

(1) Pays	(2) Population millier	(3) TBN ‰	(4) = (2) x (3) Naissances (1965)
Burundi	3 208	46,1	147 888,8
Cameroun	5 290	42,8	226 412
Centrafrique	1 300	45,7	59 410
Congo	841	47,0	39 527
Gabon	480	35,0	16 800
Rwanda	3 179	51,4	163 400,6
Tchad	3 432	49,0	168 168
Zaïre	18 812	44,5	837 134
TOTAL	36 542	/	1 658 740,4

Les naissances ci-dessus estimées supposent que la fécondité est restée relativement constante sur la période 1960-1965, les taux de natalité utilisés étant des estimations couvrant une période légèrement antérieure à 1965.

Moyennant cette hypothèse, on pourrait aisément estimer le taux de mortalité infantile pour l'ensemble de l'Afrique Centrale. Malheureusement, les informations relatives au Zaïre sont particulièrement suspectes. En effet, tous les documents relatifs aux données démographiques du Zaïre donnent un taux de mortalité infantile égal à 104‰ pour la période 1955-57. Or, compte tenu des progrès probables réalisés depuis lors en matière de santé dans l'ensemble de la région, ce taux devrait être normalement beaucoup plus bas en 1965. Seulement, rien ne justifie a priori, le niveau relativement bas de la mortalité infantile dans ce pays par rapport à ses voisins comme le Congo ou la Centrafrique, où les taux de mortalité infantile sont estimés respectivement à 180 et 190‰. Devant ce doute et compte tenu du poids de la population de l'ancien Congo belge, on se contentera de calculer un taux moyen pour les 7 autres pays (Tableau n° 12).

Tableau n° 12 : Estimation du TMI par pays en 1965 (Zaïre non compris)

Pays	(1) TMI ‰	(2) Naissances	(1) x §(2)
Burundi	150	148 888,8	22 183 320
Cameroun	137,2	226 412	31 063 126,4
Centrafrique	190	59 410	11 287 900
Congo	180	39 527	7 114 860
Gabon	229	16 800	3 847 200
Rwanda	127	163 400,6	20 751 876,2
Tchad	160	168 168	26 906 880
ENSEMBLE	150	821 606,4	123 155 762,6

A partir des données du tableau n° 11 ci-dessus, nous estimerons le TMI de l'ensemble de la région à :

$$\frac{123\ 155\ 762,2}{821\ 606,4} = 150\%.$$

Ce taux moyen, qui est probablement sous-estimé est cependant assez caractéristique des pays sous-développés, le TMI dépassait à peine les 20% dans les pays industrialisés de l'Europe occidentale et de l'Amérique du Nord en 1966.

La mortalité des personnes âgées est elle aussi généralement très élevée. On observe ce phénomène en Afrique Centrale. Mais dans cette région, l'espérance de vie tend assez vite vers zéro après 60 ans, la plupart des individus étant morts bien avant d'atteindre cet âge. La population y est donc relativement jeune, de sorte que l'influence de la mortalité des individus âgés sur le taux global de mortalité est moins importante que celle de la mortalité infantile.

a.2. Le sexe

Le sexe influe également beaucoup sur le niveau de mortalité. En général, il se manifeste une surmortalité masculine à tous les âges.

Aux très jeunes âges, on a parfois attribué la surmortalité des enfants de sexe masculin aux traumatismes qu'ils subissent à leur naissance, à cause de la grosseur de leur tête. En Afrique Centrale, le sous-équipement sanitaire doit en être un facteur déterminant. Aux âges plus ou moins avancés, plusieurs causes sont souvent citées comme étant à l'origine de la surmortalité des hommes ; on cite en particulier les rudes travaux qui leur sont généralement réservés.

Pourtant, on observe en Afrique Centrale et dans la quasi-totalité des pays, une surmortalité féminine entre 10 et 40 ans. (Tableau n° 8 ci-dessus). On remarquera que cette surmortalité féminine se manifeste essentiellement durant la période féconde des femmes. On peut donc penser qu'étant donné qu'à priori, rien ne prédispose les femmes de l'Afrique Centrale à une forte mortalité, il s'agit là probablement d'une conséquence des nombreuses et parfois précoces maternités qui interviendraient dans des conditions souvent si difficiles que les femmes paient leur accouchement de leur vie. Il convient d'ajouter que parfois, dans certaines ethnies, la femme multiplie les risques de sa mort en se consacrant seule aux rudes travaux des champs.

Après 40-45 ans, la surmortalité masculine réapparaît et croît avec l'âge. S'il est vrai que les travaux rudes sont en général l'apanage des hommes (forêt, chasse,...), il faut aussi mentionner que l'alcoolisme est sûrement en partie responsable de cette surmortalité.

Travaux rudes et alcoolisme useraient ainsi l'organisme des hommes et diminueraient leur capacité de résistance à la maladie.

b) Les causes cliniques

L'analyse des causes cliniques suppose de très bonnes statistiques et une nomenclature bien précise. Or justement, statistiques et nomenclature font défaut dans ces jeunes pays.

Voici la liste des principales causes de décès en Afrique, telle que présentée à la Conférence Africaine de la population (Accra 1971) par MM. J.BONTE et A.KUHNER.:

<u>Groupe 0 à 4 ans</u>	<u>Autres groupes d'âge</u>
1 Anomalies congénitales	1 Accidents
2 Entérite	2 Cardiopathies
3 Maladies infectieuses de l'appareil respiratoire	3 Hépatite (infectieuse)
4 Malnutrition	4 Maladies infectieuses (respiratoires)
5 Paludisme	5 Mortalité maternelle
6 Rougeole	6 Paludisme
	7 Trypanosomiase
	8 Tumeurs malignes

L'on retrouve en principe toutes ces maladies en Afrique Centrale, mais **ON** manque de données sur leurs ravages respectifs.

Lors des enquêtes démographiques réalisées en Afrique Centrale, on s'est très peu intéressé aux causes de décès. (On verra en annexe quelques indications recueillies lors de l'enquête du Tchad en 1964). Pour l'instant nous nous contenterons de quelques informations recueillies par l'OMS et regroupées en deux séries, à savoir les épidémies et les grandes endémies.

b.1 Les épidémies

Certaines maladies constituent encore des épidémies, faisant de gros ravages, spécialement parmi les enfants en bas âge. C'est le cas de la rougeole, de la coqueluche, de la varicelle et de bien d'autres. Le tableau ci-contre (n° 13) en donne quelques éléments d'information pour 1965.

Tableau n° 13 : Les épidémies par pays en 1965

Maladies Pays	Variole			Fièvre typhoïde			Rougeole			Coqueluche			Varicelle		
	Cas	nb décès	% décès	Cas	nb décès	% décès	Cas	nb décès	% décès	Cas	nb décès	% décès	Cas	% décès	nb décès
Burundi	363	22	6	148	3	2	34269	106	0,3	14139	78	0,6	14472	0	0,0
Cameroun	2	1	50	422	36	8,5	22049	272	1,2	14171	75	0,5	9344	7	0,07
Congo	89	0	0	7	1	14,3	9639	171	1,8	4078	25	0,6	2213	3	0,14
Gabon	-	-	-	47	0	0	3916	32	0,8	4723	4	0,0	2915	0	0
Centrafrique	-	-	-	7	0	0	2823	0	0	1882	0	0	4449	0	0
Rwanda	5	0	0	195	12	6,1	25568	31	0,1	19978	214	1,1	4081	0	0
Zaïre	3683	426	11,7	433	6	1,4	38398	488	1,3	20447	84	0,4	10786	10	0,09

Nota : 0 = résultat nul ; - = non déclaration

Source : O.M.S.

Il convient de noter que de temps en temps, certaines épidémies autrefois disparues, refont leur apparition. C'est le cas du choléra. Evidemment en matière d'épidémie, les statistiques sont "officielles", ce qui sous-entend que tous les cas ne sont pas déclarés et par conséquent ne sont pas enregistrés. Cela arrive surtout pour les maladies qui sont souvent traitées par la médecine traditionnelle. C'est par exemple le cas de la rougeole.

b.2. Les grandes endémies

Certaines maladies comme le paludisme frappent d'une manière permanente une fraction importante de la population : elles constituent les grandes endémies. Le tableau n° 14 ci-dessous en donne quelques rares indications recueillies par l'O.M.S.

Tableau n° 14 : Les grandes endémies par pays (1965)

Source : O.M.S.

Maladie Pays	Paludisme			Lèpre			Trypanosomiase		
	Cas	nb	%	Cas	nb	%	Cas	nb	%
Burundi	106387	56	0,05	897	0	-	205	11	5,4
Cameroun	214341	273	0,13	1237	0	-	26	1	3,8
Centrafrique	-	-	-	840	0	-	-	-	-
Congo	104746	132	0,13	914	346	37,8	39	8	20,5
Gabon	63994	-	-	-	8	1,0	-	-	-
Rwanda	-	-	-	-	-	-	28	1	3,6
Tchad	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zaïre	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota : 0 = résultat nul ; - = non déclaration

Il y a lieu de préciser que ces données sont purement indicatives et sont même plus douteuses que celles relatives aux épidémies car, certaines maladies, comme le paludisme, sont si courantes que les gens ne vont même plus se faire soigner dans les formations hospitalières. Beaucoup soignent seuls leur paludisme !

3. Mortalité différentielle

On vient de voir (brièvement il est vrai) les principales causes de décès et en particulier les causes cliniques. Il est évident que ces dernières sont fonction du milieu ambiant, et des risques divers attachés par exemple à l'activité et au genre de vie de l'individu. L'objet du présent paragraphe est d'examiner les variations de la mortalité en Afrique Centrale, suivant différents facteurs.

a) Mortalité selon les pays

On a constaté plus haut que le taux brut de mortalité variait de 21,6‰ au Rwanda (1965) à 31‰ au Tchad (1964) et le taux de mortalité infantile de 127‰ au Rwanda (1970) à 190‰ en RCA 1960 (tableaux n° 6 et 9).

C'est que la mortalité atteint de façon différente les populations de chaque pays. Etant donné la différence des structures par âge, les indices ci-dessus mentionnés ne permettent pas de situer le niveau d'un pays donné par rapport à celui des autres pays. Aussi faut-il calculer des taux comparatifs permettant de confronter les niveaux de mortalité dans la région. Le tableau n° 8 ci-dessus donne les taux de mortalité par groupe d'âge pour la plupart des pays intéressés.

On peut calculer des taux comparatifs en prenant la population estimée pour l'ensemble de la région comme population type (tableau n° 1). Mais les taux de mortalité ne sont pas donnés suivant des groupes d'âge homogènes. Certains regroupements préalables sont donc nécessaires avant tout calcul.

Si l'on retient par exemple comme groupe d'âge supérieur 60 ans et plus, il faudra pour les cas où des taux séparés ont été calculés pour les groupes 60-69 ans et 70 ans et plus calculer un taux moyen relatif au groupe 60 ans et plus, pondéré par les effectifs correspondants. Dès lors, il est aisé de calculer des taux comparatifs de mortalité pour la plupart des pays intéressés (Tableau n° 15).

Tableau n° 15 : Calcul des taux comparatifs de mortalité

Groupes d'âge	(1) Popula- tion type millier	BURUNDI		CENTRAFRIQUE		GABON		RWANDA		TCHAD	
		(2) Tx mort. par âge ‰	(3) (3)= (1)x(2)	(4) Tx mort. par âge ‰	(5) (5)= (1)x(4)	(6) Tx mort. par âge ‰	(7) (7)= (1)x(6)	(8) Tx mort. par âge ‰	(9) (9)= (1)x(8)	(10) Tx mort. par âge ‰	(11) (11)= (1)x(10)
0	1 459	138	201 342	190	277 210	166	242 194	127	185 293	184	268 456
1- 4	5 081	42	213 402	27	137 187	24	121 944	40	203 240	29	147 349
5- 9	5 286	5	26 430	8	42 288	13	68 718	11	58 146	11	58 146
10-14	4 397	} 4	31 936	} 11	87 824	} 16	127 744	4	17 588	} 16	127 744
15-19	3 587										
20-29	5 636	9	50 724	13	73 268	14	78 904	11	61 996	17	95 812
30-39	4 192	11	46 112	14	58 688	15	62 880	11	46 112	21	88 032
40-49	3 079	14	43 106	22	67 738	22	67 732	13	40 027	32	98 528
50-59	2 075	41	85 075	36	74 700	43	89 225	21	43 575	58	120 350
60 et	1 750	100,08	175 140	56,5	98 875	90,9	159 075	40	70 000	114	199 500
Total	36 542	/	873 267	/	917 778	/	1018 416	/	754 673	/	1 203 917

En prenant les groupes d'âge décennaux et en désignant par m_c le taux comparatif, et par $P_{x, x+9}$ et $t_{x, x+9}$ respectivement les effectifs de population et les taux de mortalité du groupe $x, x+9$, on a :

$$m_c = \frac{\sum P_{x, x+9} \times t_{x, x+9}}{\sum P_{x, x+9}}$$

Les calculs du tableau ci-dessus (n° 15) donnent les résultats suivants (Tableau n° 16).

Tableau n° 16 : Taux comparatifs de mortalité.

Pays	Taux comparatifs ‰
Burundi	24,0
Centrafrique	25,1
Gabon	28,0
Rwanda	20,7
Tchad	33,0

Si les cinq pays pour lesquels on vient de calculer des taux comparatifs avaient la même structure de la population (ici celle de l'ensemble de la population de la région), on pourrait les classer de la manière suivante, par ordre croissant du niveau de mortalité.

Rwanda : 20,7‰
Burundi : 24,0‰
Centrafrique : 25,1‰
Gabon : 28,0‰
Tchad : 33,0‰

Il importe d'insister sur le fait qu'on ne peut tirer de ces résultats que des conclusions partielles, les différents taux de mortalité utilisés ayant été estimés à des dates différentes. En effet, si ceux du Burundi et du Rwanda datent à peu près de la même époque (1970-1971), ainsi que ceux du Gabon et de la RCA (1959-1960-1961), ceux du Tchad par contre datent de 1964.

Dans ces conditions et dans la mesure où ces taux reflètent au moins à peu près le niveau de mortalité aux différents âges dans chaque pays, on peut dire simplement que le niveau de mortalité est plus élevé au Burundi qu'au Rwanda ; de même on peut en conclure que l'intensité de la mortalité est plus grande au Gabon qu'en RCA.

Pour ce qui est du Zaïre, on dispose des taux de mortalité datant de 1955-1957, donc assez anciens. En les appliquant à la population type ci-dessus, on trouve un taux comparatif de 19,7‰, ce qui est relativement bas par rapport aux autres pays. Toutefois, on a déjà relevé le caractère suspect des informations relatives au Zaïre.

Enfin pour le Cameroun, on trouve par le même procédé des taux pour certaines grandes régions du pays. On a ainsi :

Nord, Centre-Sud et Est : 18,3‰

Ouest et Cameroun Occidental : 25,7‰

En pondérant ces taux par les proportions d'effectifs correspondants, et en négligeant une petite partie du Littoral cameronnais, on trouve approximativement pour l'ensemble du pays :

$$m_c = \frac{18,3 \times 52,9 + 25,7 \times 37,1}{90} = 21,4‰$$

Quant au Tchad, le taux comparatif d'environ 33‰ relatif à 1964 est assez élevé et semble indiquer que le niveau de mortalité de ce pays est le plus élevé de la région.

Il a été souligné plus haut que l'intensité de la mortalité dépend de l'infrastructure sanitaire. Elle dépend aussi très certainement du revenu par individu, dans la mesure où les soins médicaux (quand ils existent) ne sont pas toujours gratuits. Mais le rapprochement du taux brut de mortalité et de certains indicateurs sociaux, conduit à certaines constatations curieuses. En effet, il ne semble pas qu'en Afrique Centrale, la mortalité soit plus basse dans les pays où il y a proportionnellement plus de médecins ou de formations hospitalières. Par exemple, en 1967, le Gabon avait un médecin pour 9000 habitants et 39 hôpitaux, alors que le Rwanda, à la même époque avait un médecin pour plus de 100 000 habitants et 20 hôpitaux seulement (tableau n° 17).

Tableau n° 17 : Indicateurs sociaux par pays
Source : Annuaire de l'OCAM : 1967-1968
unité : millier (sauf pour le TBM)

Pays	Nombre d'habitants pour 1 médecin	Nombre d'hôpitaux	Centres médicaux	Maternités	TBM ‰
Burundi	25,6
Cameroun	35,5 (1)	77	108	165	25,7
Centrafrique	39,4 (2)	2	34	32	27,6
Congo	13,2 (2)	19	22	35	24,4
Gabon	9,0 (3)	39	9	28	30,0
Rwanda	100,2 (3)	20	...	12	21,6
Tchad	80,0 (2)	5	38	14	31,0
Zaïre	22,6 (1)		1447	475	24,5

(1) = année 1965 ; (2) = année 1966 ; (3) = année 1967.

Evidemment, on peut dire que la structure par âge n'est pas la même dans ces populations. Néanmoins, on a vu que dans l'ensemble de la région, la population est relativement jeune, de sorte que les différences de structures sont assez légères d'une population à l'autre. (Tableaux n° 3 et 3 bis).

Il serait intéressant de savoir dans quelle mesure les médecins sont effectivement au service des populations concernées, de connaître les moyens dont ils disposent pour lutter contre les maladies, mais surtout de savoir si, selon que les soins sont plus ou moins gratuits, les populations surtout rurales ont les moyens d'y accéder.

On pourrait aussi penser que le niveau de mortalité est plus bas dans les pays où le PIB par habitant est plus élevé. En fait ce n'est pas toujours le cas. On constate bien que le Tchad dont le PIB est le plus faible (16 000 francs) par tête d'habitant, a le taux de mortalité le plus élevé : 31%. (Tableau n° 18).

Mais on constate aussi que le Zaïre dont le PIB per capita vaut plus de 5 fois celui du Congo a un taux brut de mortalité sensiblement égal à celui de ce dernier.

Tableau n° 18 : PIB par tête et taux brut de mortalité

Pays	PIB par tête (10 ³ F)	TBM %.
Burundi	...	25,6
Cameroun	33	25,7
Centrafrique	29	27,6
Congo	35	24,4
Gabon	111 (1)	30,0
Rwanda	96	21,6
Tchad	16	31,0
Zaïre	201 (1)	24,5

(1) année 1965

Source : Annuaire OCAM

Au vu des constatations ci-dessus, il y a lieu de penser que le PIB, tout comme le revenu per capita, n'est peut-être pas un bon indicateur en ce sens que tous les deux sont des moyennes calculées sans tenir compte du poids économique de chaque catégorie de citoyens et que le PIB dans son ensemble est souvent le fait d'une poignée d'individus qui contrôlent les principaux secteurs de l'économie. Il est vrai que d'autre part les informations dont on dispose sont très douteuses, aussi bien celles relatives au PIB dans son ensemble que celles portant sur l'effectif même de la population.

Il est également probable que les médecins et les formations hospitalières sont mal répartis sur le pays et que ce sont probablement les capitales et quelques centres urbains qui sont le mieux couverts.

Enfin, la seule certitude est que le niveau de mortalité varie d'un pays à l'autre, comme d'ailleurs d'une région ou d'une zone à une autre d'un même pays. C'est ainsi qu'au Tchad, les taux bruts de mortalité étaient estimés selon la région de la façon suivante :

	<u>Sexe masculin</u>	<u>Sexe féminin</u>
Nord :	32%.	20%.
Sud :	41%.	30%.

Il y aurait donc une nette surmortalité dans le Sud par rapport au Nord du pays. Mais dans ce cas précis, si l'on peut admettre facilement une différence de niveau de mortalité d'une région à l'autre, par contre, le déséquilibre entre les deux sexes semble trop important pour être réel. Des erreurs ont probablement été commises lors de la répartition des décès par sexe.

Toutefois, le taux de mortalité infantile semble confirmer la différence de mortalité entre les deux régions du pays. En effet les évaluations de 1964 sont les suivantes :

Région	TMI
Nord	135%.
Sud	173%.

b) Mortalité selon la zone d'habitat

L'infrastructure sanitaire, tout comme les conditions de vie variant d'un milieu à un autre, il y a des répercussions sur le niveau de mortalité de chaque zone.

C'est ainsi qu'au Gabon, on a relevé en 1960, les taux de mortalité suivants, selon la zone d'habitation :

villages :	31%.
centres urbains :	21%.
chantiers forestiers :	32%.

Au Rwanda, en 1970, les taux de mortalité infantile (TMI) relevés étaient les suivants selon la zone :

zone rurale :	128%.
zone urbaine :	113%.
ensemble :	127%.

Toujours au Rwanda, les taux de mortalité par âge, varient selon la zone (Tableau n° 19).

Tableau n° 19 : Taux de mortalité par âge et par zone d'habitat

Age	Zone urbaine	Zone rurale	Ensemble
0	113	128	127
1- 4	27	40	40
5- 9	8	11	11
10-14	3	4	4
15-19	7	8	8
20-29	7	11	11
30-39	8	11	11
40-49	12	13	13
50-59	19	21	21
60 et +	37	40	40
Σ	17	22	22

Remarquons que, sauf pour les moins d'un an, les taux de l'ensemble sont pratiquement identiques à ceux de la zone rurale, du fait que la population urbaine du Rwanda est extrêmement faible. (En 1968, sa capitale, Kigali, avait à peine 5000 habitants, alors que le pays en comptait près de 3,5 millions).

Toujours au Rwanda, l'espérance de vie à chaque âge diffère selon la zone d'habitation (voir annexe 2).

Les mêmes différences se retrouvent probablement dans les autres pays et même, lorsque les informations manquent, on est bien tenté de croire que l'on meurt en général plus en milieu rural que dans les centres urbains :

En effet, les services de santé, généralement plus développés dans les villes, contribuent à faire disparaître ou tout au moins atténuent l'influence de certaines maladies, ce qui fait reculer la mortalité, surtout infantile, alors que même le paludisme continue à faire des ravages dans certaines zones rurales faute de Nivaquine !

Par ailleurs, avec l'exode rural, beaucoup de jeunes quittent la campagne. Dès lors, pendant que les centres urbains s'enrichissent en personnes jeunes ayant encore une espérance de vie élevée, au contraire, les campagnes deviennent la terre des individus pour la plupart âgés ou trop jeunes, c'est-à-dire des personnes constituant les groupes d'âge où la mortalité est particulièrement forte. Il est alors évident que la mortalité est ici plus élevée qu'en ville qui bénéficie déjà d'un meilleur équipement sanitaire.

En Afrique Centrale, on parle beaucoup depuis quelque temps de la nécessité d'arrêter l'exode rural, cela évidemment pour d'autres raisons que le niveau de mortalité. Aucun pays de la région n'a encore résolu le problème, mais on peut penser qu'une éventuelle solution atténuerait la différence de niveau entre la mortalité en ville et en campagne.

c) Mortalité selon le groupe ethnique

Il a également été relevé des différences apparemment d'ordre ethnique. C'est ainsi qu'au Rwanda en 1970, le taux brut de mortalité (TBM) aurait été de 22‰ pour les deux plus grands groupes ethniques (les Tutsi et les Hutu). Les Tutsi sont en général des éleveurs et les Hutu des agriculteurs. Ce taux atteindrait 28‰ chez les Twa, essentiellement potiers, alors qu'il ne serait que de 16‰ pour certaines minorités. Des différences ont été également notées sur les espérances de vie (annexe n° 2).

Au Gabon, on aurait observé en 1960-61, les taux de mortalité infantile réduite ci-dessous, suivant les groupes :

OMYENE-SEKE :	79‰.
OKANDE	102‰.
FANG	84‰.
BAKOTA	100‰.
Autres groupes	120‰.

Il est difficile d'admettre que ces différences soient essentiellement d'origine ethnique. Evidemment les coutumes et les tabous diffèrent d'un groupe à un autre.

Néanmoins, il semble plus judicieux de remarquer que tel ou tel groupe ethnique a un mode de vie lié à une activité le plus souvent exercée par la quasi totalité des membres du groupe qui ont en outre une certaine alimentation de base plus ou moins liée au produit de l'activité principale.

Les groupes occupent aussi souvent des zones géographiques bien localisées, avec des différences d'ordre climatique. Il n'est donc pas tout à fait erroné de penser, qu'en fait, les différences observées sur les niveaux de mortalité sont plus ou moins liées au climat, à l'alimentation et surtout à l'activité principale du groupe. Et effectivement, l'activité semble être un puissant facteur de différenciation pour la mortalité, non seulement parce que certaines professions ont une influence néfaste sur la santé, mais encore et peut-être surtout parce que la capacité de lutte de l'individu contre la maladie est fonction de ses revenus.

d) Mortalité selon l'activité

La majorité des habitants de l'Afrique Centrale travaillent dans l'agriculture, avec tous les risques que cela comporte. Mais les informations manquent pour bien examiner cet aspect du problème.

On se contentera de quelques indications recueillies au Tchad et au Gabon.

Au Tchad, on a constaté que le niveau de mortalité variait avec l'activité principale du chef de ménage, c'est-à-dire avec l'activité de l'individu dont les revenus assurent dans une très large mesure le bien être du ménage (Tableau n° 20).

Tableau n° 20 : Mortalité selon l'activité principale du chef de ménage au Tchad.

Activité principale du chef de ménage	TBM ‰
Exploitant agricole	31
Agriculteurs non exploitants	33
Travailleurs non spécialisés	23
Travailleurs spécialisés	27
Artisans	22
Commerçants	28
Professions libérales	29
Employés	23
Cadres	25
Non actifs	35
ENSEMBLE	31

Source : Enquête démographique Tchad 1964

On constate que le taux brut de mortalité est plus élevé chez les non actifs et les travailleurs agricoles (35 et 33‰).

Au Gabon, on a également constaté que le niveau de mortalité était fonction de la catégorie socio-professionnelle (Tableau n° 21).

Tableau n° 21 : Mortalité par CSP du chef de ménage
au Gabon

CSP du chef de ménage	TBM ‰
Exploitants traditionnels et manoeuvres	35
Exploitants modernes et cadres (agriculture, forêt, pêche)	24
Employés, ouvriers d'agriculture, forêt, pêche	33
Exploitants d'artisanat moderne	43
Exploitants industrie et commerce moderne	34
Cadres, techniciens du commerce et industrie	15
Employés de services, manoeuvres d'activités modernes	28
Ouvriers d'activité moderne	24
Transporteurs traditionnels	33
Cadres de l'administration et enseignement libre, professions libérales	21
Agents de maison	37
Autres actifs	35
Inactifs, élèves, étudiants	32
ENSEMBLE	30

Le chef subvient en général aux besoins vitaux des membres de son ménage. Or, sa capacité d'intervention ne dépend que des revenus qu'il tire de son activité.

Dès lors, on comprend aisément que le niveau de mortalité soit élevé dans les ménages des non actifs dont les revenus sont en principe nuls et dans les ménages agricoles dont l'activité comporte beaucoup de risques pour des revenus souvent médiocres.

On meurt un peu moins dans le secteur secondaire où les revenus sont déjà assez appréciables. Chez les cadres et les employés du tertiaire la mortalité est plus faible car ces travailleurs ont plus de moyens, et souvent, sont couverts par la sécurité sociale, avantage dont ne bénéficient pas les agriculteurs et en particulier les petits exploitants individuels.

Pour résumer, on peut retenir que la capacité de lutte contre la mort est très souvent fonction du revenu, les services médico-sociaux publics étant rarement suffisants pour couvrir tous les besoins. Dans la majeure partie de l'Afrique Centrale, l'individu doit payer les soins médicaux et comme il ne le peut pas toujours faute de moyens financiers, il succombera souvent et de manière assez précoce comme déjà signalé plus haut.

TROISIEME PARTIE

LA FECONDITE EN AFRIQUE CENTRALE

La plupart des enquêtes réalisées dans la région ont permis d'approcher la fécondité de deux manières différentes.

D'une part la fécondité totale ou passée, d'autre part la fécondité des douze mois précédant l'enquête, ou fécondité actuelle. Dans les deux cas les résultats semblent avoir été médiocres et on n'a apparemment pas pu tracer l'histoire démographique de l'Afrique Centrale. Néanmoins, cette double approche aura permis d'estimer quelques indices de fécondité relatifs à la période de l'enquête. D'autre part, l'examen de la structure par âge de la population estimée pour la région (Tableau n° 1) révèle que les jeunes de moins de 15 ans représentent une forte proportion de l'ensemble de la population. Ces jeunes recensés, joints à ceux nombreux, qui ont succombé à la forte mortalité infantile, traduisent en principe une fécondité élevée des femmes des pays intéressés.

Et pourtant, l'Afrique Centrale est de plus en plus considérée comme une zone de basse fécondité. C'est ainsi que dans un article consacré aux nouvelles estimations de la fécondité et de la mortalité en Afrique, E. Van de Walle et H. Page écrivent en 1969 :

"L'Afrique Centrale semble comprendre une large zone de faible fécondité, s'étendant de la côte Ouest du Gabon jusqu'à la partie Sud-Ouest du Soudan en passant par les provinces Nord-Ouest et Centre-Nord du Zaïre. Il est maintenant possible de confirmer l'extension de cette zone vers le Nord, d'après les données récemment publiées, provenant d'enquêtes ayant couvert la plus grande partie du Cameroun, la R.C.A. et le Tchad". Nous examinerons d'abord le niveau global, avant d'aborder la fécondité différentielle dans la région.

1. Niveau global

Les différentes approches mentionnées ci-dessus ont permis de construire certains indices de fécondité comme par exemple le taux brut de natalité (TBN) et la descendance des femmes de 50 ans ; seulement, ces indices n'ont pas encore été estimés pour l'ensemble de la région, et d'ailleurs, les calculs ont été faits à des périodes différentes. Cependant, on a déjà fait état des estimations faites par l'O.N.U pour des périodes allant de 1960 à 1965 (Tableau n° 9). Si l'on suppose que la natalité a varié relativement peu au cours de la période 1960-1965, on peut admettre que les indices en question sont valables pour 1965 et dès lors, calculer une moyenne régionale pondérée par la population des pays concernés (Tableau n° 22).

Tableau n° 22 : Calcul du Taux Brut de Natalité en Afrique Centrale

Pays	(1) Taux brut de natalité (‰)	(2) Population en millier	(1) x (2)
Burundi	46,1	3 208	147 888,8
Cameroun	42,8	5 290	226 412,0
Centrafrique	45,7	1 300	59 410,0
Congo	47,0	841	39 527,0
Gabon	35,0	480	16 800,0
Rwanda	51,4	3 179	163 400,6
Tchad	49,0	3 432	168 168,0
Zaïre	44,5	18 812	837 134,0
Ensemble	45,4	36 542	1 658 740,4

Si donc l'on prend la population estimée en 1965 comme la population moyenne de l'année, alors, le taux brut de natalité pour l'Afrique Centrale peut s'estimer comme suit avec les données du tableau ci-dessus.

$$\text{TBN} = \frac{1\ 658\ 740,4}{36\ 542} = 45,4\%$$

Cette estimation semble effectivement faible si on la compare au taux brut de natalité de l'Afrique du Nord qui varierait de 46,1‰ au Maroc à 50,4‰ en Algérie, ou à celui de l'Afrique de l'Ouest qui varierait de 46,1‰ en Côte d'Ivoire à 61‰ au Mali, pour la même période 1960-1965. Il convient de noter que le niveau de natalité de l'Afrique Centrale reste cependant dans les normes des pays sous-développés, si on le compare à celui des pays industrialisés où le taux brut de natalité était de 17,4‰ en France, de 15,8‰ en Suède, de 18,6‰ aux USA en 1966 (Source : R. Pressat, Analyse Démographique).

D'autre part, les Nations Unies donnent les estimations suivantes du taux brut de reproduction pour quelques pays de la région :

Cameroun :	2,3
Centrafrique :	2,4
Congo :	2,8
Gabon :	2,1
Tchad :	2,5
Zaïre :	2,4

Ces taux bruts de reproduction correspondraient aux descendance finales suivantes :

Cameroun :	4,7
Centrafrique :	4,9
Congo :	5,7
Gabon :	4,5
Tchad :	5,7
Zaïre :	4,9

Les enquêtes du Burundi et du Rwanda donnent respectivement 5,7 et 6,5. Si l'on admet que la fécondité est restée relativement constante entre 1965 et 1970, on peut calculer une moyenne pondérée par les effectifs féminins de chaque pays de la descendance totale en Afrique Centrale (Tableau n° 23). On trouve une moyenne de 4,6 enfants par femme de 50 ans.

Tableau n° 23 : Calcul de la descendance finale en Afrique Centrale

Pays	(1) Population féminine en millier	(2) D ₅₀	(3) (1) x (2)
Burundi	1 625	5,7	9 262,5
Cameroun	2 685	4,7	12 619,5
Centrafrique	679	4,9	3 327,1
Congo	439	5,7	2 502,3
Gabon	251	4,5	1 129,5
Rwanda	1 614	6,5	10 491
Tchad	1 743	5,1	8 889,3
Zaïre	9 635	4,9	47 211,5
ENSEMBLE	18 671	4,6	85 990,8

D'après ces chiffres on constate que dans l'ensemble, le niveau de fécondité est faible ici par rapport à celui de l'Afrique de l'Ouest où le nombre moyen d'enfants mis au monde par les femmes de 50 ans varierait entre 6,2 au Mali et 6,4 en Guinée, pour la même période. On a vu qu'il en était de même des taux de natalité. Ainsi, l'Afrique Centrale serait au moins en partie une zone de fécondité relativement faible par rapport à l'ensemble de l'Afrique. Si les informations actuellement disponibles approchent tant soit peu la réalité, alors cette tendance se confirmerait par la proportion relativement élevée des femmes de 50 ans et plus n'ayant jamais eu d'enfants ; c'est-à-dire des femmes définitivement stériles. Ces proportions sont actuellement estimées comme suit :

Sud-Est Cameroun 1960 :	29%	
Centrafrique 1960-61 :	14%	
Congo 1960-61	centre :	{ 20%
	villages :	{ 16%
Gabon 1960-61 :	31,9%	
Tchad 1964 :	12%	
Zaïre 1955-57 :	19,78%	

On voit que ces pourcentages sont très élevés. Dans les autres régions d'Afrique les chiffres de 5 à 8% sont généralement cités. Cependant, la fécondité des femmes du Rwanda et du Burundi semble se rapprocher plutôt de celle des femmes de l'Afrique de l'Ouest. En effet, le nombre moyen d'enfants nés vivants mis au monde par les femmes de 50 ans se situe autour de la demi-douzaine au Rwanda et au Burundi, tandis que 3% seulement des femmes rwandaises du même âge n'ont jamais eu d'enfant.

En général donc, on peut dire que dans le contexte africain, une certaine dénatalité se manifeste en Afrique Centrale. De vives controverses se sont engagées autour de la question de savoir quelle est l'ampleur et surtout quelles sont les causes du phénomène de dénatalité observé dans les pays de l'Afrique du Centre.

A la suite des enquêtes démographiques réalisées çà et là, on sait seulement que dans une grande partie de la zone centrale du continent africain, la proportion des femmes stériles est élevée. Dans l'Afrique traditionnelle, l'enfant naît normalement dans le cadre du mariage. Dès lors, on pourrait se demander s'il y a une faible nuptialité ou alors si la limitation des naissances est déjà entrée dans les moeurs de la région. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'avec le développement de la scolarisation des filles, le mariage est de plus en plus tardif, sans que cela soit spécifique à l'Afrique Centrale. L'explication doit se trouver ailleurs. Au Congo par exemple, on a constaté qu'entre 35 et 39 ans (1960), 99,5% des femmes ont été mariées au moins une fois. De plus, en dehors même du mariage, l'union libre et la liberté sexuelle permettent de penser, qu'avant 30 ans, à peu près toutes les femmes congolaises ont été soumises au risque de procréer. La constance du taux de stérilité à partir de 25 ans (Tableau n° 24) semble donc indiquer qu'à tous les âges il existe une certaine proportion de femmes vraiment stériles. Ceci explique en partie la faiblesse de la descendance moyenne à 50 ans.

On précise par ailleurs qu'une femme congolaise sur 6 est stérile définitivement en milieu rural contre 1 sur 5 dans les centres extra-coutumiers.

Tableau n° 24 : Proportion des femmes congolaises n'ayant jamais eu d'enfants, par âge et par zone d'habitat.

Age	Villages	Centres
15-19	71	64
20-24	25	25
25-29	17	20
30-34	17	21
35-39	16	23
40-44	17	23
45-49	16	20

Le problème se pose probablement de la même manière dans la plupart des pays considérés, où, d'une manière ou d'une autre toutes les femmes d'un certain âge ont été soumises au risque de procréation.

Qu'y-a-t-il donc à l'origine de la "dénatalité" et de l'importante stérilité des femmes de l'Afrique Centrale ?

Certains considèrent la "dénatalité" comme étant avant tout une conséquence de la colonisation. Les préceptes ancestraux, disent-ils, et les structures sociales (qui assuraient autrefois la cohésion et la perpétuation de la race) tombent désormais en décadence et se désintègrent rapidement sous le puissant choc des influences extérieures. Bien plus, les autochtones auraient subi, à la suite des corvées et des grands travaux forcés, qui ont séparé parfois pour très longtemps les époux, un véritable traumatisme psychique qui leur aurait causé une perte de la "joie de vivre" et produit une véritable apathie collective qui, par un processus singulier de réaction en chaîne, aurait provoqué l'annihilation des facultés reproductives, selon les uns, ou la peur de la maternité (avec comme conséquence une généralisation des pratiques abortives), selon les autres. A ce sujet, on cite souvent le cas de la tribu des anciens guerriers NZAKARA, en République Centrafricaine, qui semble même en voie de disparition.

C'est là l'essence de la théorie dite du "choc des civilisations" qui domine, et peut-être pour longtemps encore, l'interprétation de la "dénatalité" en Afrique Centrale.

Il convient cependant de souligner que parfois, les informations recueillies sur la natalité sont douteuses. Par exemple, en se fondant sur les naissances des 12 mois précédant l'enquête 1960 sur environ le tiers de la population du Cameroun, on a cru remarquer que le niveau moyen de la fécondité était confirmé par la structure par âge de la population en 1957, alors que l'exactitude

des données sur la structure par âge était contestable. En effet, cette structure faisait ressortir un nombre anormalement faible d'hommes de 15 à 35 ans et une proportion excessive de femmes en âge de procréer. Il y avait plutôt lieu de rapprocher cette faiblesse des effectifs masculins de 15 à 35 ans de la situation assez trouble dans le pays depuis 1955, ce qui aurait sans doute évité une interprétation erronée de données manifestement fausses. Cette remarque vaut pour la plupart des enquêtes réalisées dans les pays francophones de la région à la veille ou juste au lendemain des indépendances.

Comme causes de stérilité on évoque parfois la précocité des mariages. On cite plus souvent les maladies vénériennes pour les deux sexes et l'on pense maintenant qu'en République Centrafricaine, le taux élevé de stérilité est lié au nombre important d'unions "extra conjugales" dans un pays où plus de 50% des individus sont atteints de maladies vénériennes. On cite aussi la sous-alimentation et surtout l'instabilité des mariages. Mais sur ce dernier point, on peut aussi se demander si au fond, ce n'est pas l'impossibilité de donner naissance à un enfant, c'est-à-dire la stérilité, qui pousse la femme à se marier plusieurs fois dans le seul but d'avoir un enfant.

Il est évident que le taux de stérilité varie d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un pays, d'une région, ou d'une tribu à l'autre. Mais il semble bien que, comme il a été souligné au sujet de la mortalité, les différences de stérilité ne tiennent pas tant au critère ethnique, qu'au genre de vie, à l'alimentation, à certaines pratiques sociales et aussi au caractère plus ou moins endémique des maladies vénériennes dans telle ou telle tribu.

2. Fécondité différentielle

On a constaté ci-dessus que le niveau de fécondité variait d'un pays à un autre. C'est ainsi qu'aux environs de 1965, le taux brut de natalité variait de 35% au Gabon à plus de 51% au Rwanda. A la même époque, la descendance finale par femme variait entre deux pôles définis par les mêmes pays, c'est-à-dire de 4,5 enfants au Gabon à 6,5 enfants au Rwanda. A l'intérieur de chaque pays, la fécondité se différencie suivant un certain nombre de critères, comme par exemple l'âge de la femme, l'âge au mariage, la situation matrimoniale, le type de mariage, le milieu ambiant (groupes ethniques, zones urbaines ou rurales) ; la religion et bien d'autres facteurs comme les maladies vénériennes déjà évoquées.

a) Fécondité par âge

Tableau n° 25 : Taux de fécondité par âge et par pays

Pays	Age	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Burundi		46	250	280	243	196	105	14
Cameroun		184	263	227	183	160	51	11
Centrafrique		142	296	253	190	73	28	10
Congo		138	258	225	180	134	77	33
Gabon		171	190	173	127	98	43	27
Rwanda		47	336	383	349	252	118	47
Tchad		162	268	217	159	121	60	38
Zaïre		136	265	232	168	80,3	16	-

Source : Rapports d'enquête et Guide démographique (CEA)

Le tableau n° 25 ci-dessus donne par pays, les taux de fécondité par âge, par ailleurs représentés sur le graphique n° 3, lequel fait ressortir à tous les âges, de grandes différences de niveau d'un pays à l'autre. D'une manière générale, la fécondité semble précoce, mais entre 15 et 19 ans, le Burundi et le Rwanda se distinguent par des taux de fécondité relativement bas (46 ; 47‰) ; dans la mesure où les chiffres reflètent la réalité, le Cameroun semble se détacher avec 184‰, tandis que les autres pays se regroupent autour de 150‰.

Par la suite, on ne distingue plus que 2 groupes de pays ayant des caractéristiques assez différentes.

- D'une part le Burundi et surtout le Rwanda dont les taux de fécondité atteignent leur maximum assez tardivement entre 25 et 30 ans et se maintiennent à un niveau relativement élevé jusqu'au-delà de 40 ans.

- D'autre part, tous les autres pays de la région dont la fécondité maximale, encadrée par celle du Gabon 190‰ et celle de la République Centrafricaine 296‰, a lieu entre 20 et 25 ans. Au-delà de 30 ans, les taux de fécondité varient énormément dans ce dernier groupe de pays.

En Afrique Centrale, il n'y a pas encore de limitation des naissances. Seules quelques pratiques, dont l'espacement des naissances sont imposées par la coutume. C'est dire que l'âge au mariage doit influencer énormément la fécondité légitime et bien entendu à des degrés divers suivant le pays et les différents groupes humains.

D'une manière générale, le mariage des filles est précoce en Afrique Tropicale. Il n'a pas été possible d'obtenir de bonnes informations sur l'âge au premier mariage dans les pays intéressés ici. Cependant, quelques indications permettent de faire certaines observations. Il est généralement admis que l'âge au 1er mariage est assez bas et que de ce fait, l'espérance de vie maritale des femmes mariées entre 15-19 ans dépasse les 30 ans, période au cours de laquelle elles sont supposées s'assurer une descendance élevée tout au moins en l'absence de mortalité. En fait, comme on l'a déjà signalé, il n'en est rien et le niveau de fécondité est relativement bas dans une grande partie de la région.

Lorsqu'on examine la proportion des femmes mariées pour chaque groupe d'âge, on est frappé, d'un côté par le faible pourcentage des mariées entre 15 et 20 ans au Burundi (Tableau n° 26), et de l'autre par le niveau assez élevé de la fécondité déjà observée dans le pays.

Tableau n° 26 : Pourcentage des femmes mariées par âge et par pays.

Age	Burundi	Centrafrique	Congo	Gabon	Zaïre
15-19	11	43	56	56	46,4
20-24	88	90	87	79	90
25-29	88	93	91	89	97
30-34	99	93	92	89	99
35-39	99	89	92	90	99
40-44	99	83	87	86	99
45-49	99	70	82	80	99,5

Par ailleurs, on ne dispose pas de données de ce genre sur son voisin le Rwanda qui présente un niveau de fécondité encore plus élevé. Seulement, le rapport de l'enquête démographique de ce pays précise que près de 93% des rwandaises de moins de 20 ans sont sans enfants, contre 5,5% entre 25-30 ans. On précise par ailleurs que les jeunes filles rwandaises se marient en général après 20 ans.

Dès lors, on est bien tenté de rapprocher ce "retard" au mariage, d'une part de la fécondité "retardée" que traduisent les courbes de fécondité relatives au Burundi et surtout au Rwanda, d'autre part du niveau plus élevé de la fécondité observée par la suite dans ces deux pays.

Autrement dit, la tentation est de croire que la précocité du mariage dans les autres pays de la région est plutôt préjudiciable à la fécondité. Mais on fait très vite des réserves sur cette hypothèse lorsque l'on examine le cas de l'Afrique de l'Ouest où les filles se marient très jeunes (moins de 17 ans en Haute-Volta par exemple) et où la proportion des femmes mariées de 15 à 20 ans est

élevée (elle varie de 54% chez les Mossi à 88% chez les Gourma, en passant par 87% chez les Peules). L'explication de la faible fécondité observée dans la majeure partie de l'Afrique Centrale se trouve donc probablement ailleurs. Toutefois, il est vrai que si le mariage des filles de moins de 15 ans est très important (on n'a malheureusement pas de données à ce sujet), cela peut avoir une influence néfaste sur la fécondité. Ce que l'on peut affirmer avec certitude, c'est qu'à son accession à l'indépendance et probablement de nos jours encore, un pays comme le Rwanda est resté très attaché à ses traditions et est peu urbanisé, de sorte que, même si le niveau de mortalité infantile y est resté élevé, par contre, les maladies vénériennes et autres méfaits de la "civilisation" ont manqué de "véhicule" pour les propager à travers les zones rurales. Dans les autres pays de la région, une multitude de facteurs négatifs sont certainement à la base du niveau relativement bas de la fécondité. Mais faute de données détaillées par pays, nous examinerons l'influence de quelques-uns de ces facteurs d'une manière globale pour l'ensemble de la région.

b) Fécondité selon la situation matrimoniale

Dans la plupart des sociétés humaines le mariage constitue le cadre habituel de la reproduction de l'espèce. Dans les sociétés traditionnelles africaines en particulier, la nuptialité est le départ normal de la fécondité qui constitue alors la finalité même du mariage d'où doivent naître le plus d'enfants possibles. C'est pourquoi, en Afrique Centrale, la nuptialité et le mariage constituent probablement les facteurs les plus favorables à la fécondité.

Il y a à peine quelques décennies, les autres états matrimoniaux, et le célibat en particulier, avaient une influence plutôt négligeable sur la fécondité, dans la mesure où dans la quasi totalité des tribus le célibat des femmes, et plus encore la maternité des femmes célibataires, étaient pratiquement inconcevables. Cependant, les temps ont changé et la "civilisation" est venue accorder aux mères célibataires le droit de cité, et déjà, la fécondité des femmes célibataires, des veuves et des divorcées prend une certaine importance, bien que relativement faible par rapport à celles des femmes en mariage. Le tableau n° 27 ci-dessous, relatif au Gabon, au Tchad et au Zaïre en donne quelques indications.

Tableau n° 27 : Taux de fécondité selon l'état matrimonial et l'âge, pour certains pays (%).

Age des femmes	Gabon 1960-1961		Tchad 1964		Zaïre 1955-1957	
	Femmes mariées	Femmes non mariées	Femmes mariées	Femmes non mariées	Femmes mariées	Femmes non mariées
15-19	200	140	223	34	258,6	35,6
20-24	195	177	281	135	282,0	158,2
25-29	174	172	231	89	242,4	119,2
30-34	131	95	164	49	177,4	73,0
35-39	102	64	137	26	89,2	26,8
40-44	47	22	76	11	21,4	3,5
45-49	30	13	56	4	-	-
ensemble	119	101	190	42	190,5	61,7

Il y a lieu de se demander quel est l'impact de la fécondité des femmes non mariées (célibataires, veuves, divorcées) sur le niveau global de la fécondité, et par conséquent, son influence directe sur le bas niveau de fécondité constaté dans la majeure partie de la région.

Evidemment dans une Afrique Centrale encore fortement traditionnelle, la fécondité illégitime ne peut pas dépasser certaines proportions, car une mère non mariée est en général mal vue, de sorte qu'en dehors même des difficultés économiques, une femme célibataire aura tendance à limiter sa progéniture aussi longtemps qu'elle n'aura pas un foyer. Dans ces conditions, on pourrait penser que la proportion des non mariées parmi les femmes en âge de procréer peut expliquer en partie le niveau de fécondité relativement bas dans la majeure partie de la région. En réalité, le phénomène est plus compliqué. En effet, d'après les enquêtes démographiques réalisées au Congo (1960-61), au Tchad (1964) et au Rwanda (1970), les femmes de 15 ans et plus se répartissent d'après la situation matrimoniale de la manière suivante : (Tableau n° 28).

Tableau n° 28 : Répartition des femmes de 15 ans et plus selon la situation matrimoniale pour certains pays (en %)

Etat matrimonial	Congo 1960-1961	Rwanda 1970	Tchad 1964
Célibataires	5,1	16,5	4,0
Mariées	79,0	68,6	76,0
Veuves	11,8	10,7	13,0
Divorcées	4,1	2,8	6,5
ND (y compris unions libres)	-	1,4	0,5
Ensemble	100	100	100

Source : Rapports d'enquête.

On constate (à des dates différentes il est vrai) que seulement 68,6% de femmes rwandaises en âge de procréer sont en mariage, contre 76% au Tchad et 79% au Congo. Et pourtant, le niveau de fécondité est plus élevé au Rwanda (TBN=51,4%, contre 47% et 49% au Tchad et au Congo). C'est que les 16,5% de célibataires dénombrées parmi les rwandaises sont en général constituées par des jeunes filles de moins de 20 ans. Or, selon des informations recueillies par ailleurs, les jeunes filles rwandaises se marient relativement plus tard qu'au Congo ou au Tchad (généralement après 20 ans). Cette remarque fait plutôt penser à l'hypothèse selon laquelle, la précocité du mariage contribuerait à baisser le niveau de fécondité. Toutefois, la fécondité illégitime étant pratiquement négligeable au Rwanda et le niveau global de la fécondité plus élevé

dans ce pays, on imagine bien, sans pouvoir en mesurer l'importance, un rôle restrictif des femmes célibataires, des veuves et des divorcées sur le niveau de fécondité en Afrique Centrale.

c) Fécondité et Polygamie

L'on essaie parfois d'expliquer l'influence de la polygamie sur la fécondité par les considérations suivantes :

- En régime de polygamie, les interdits, les coutumes et les tabous seraient plus rigoureux. Ainsi, une femme allaitant un bébé serait écartée de toute relations sexuelle pour une période beaucoup plus longue qu'en régime de monogamie.
- Dans un ménage polygame, les rapports entre le mari et chaque épouse sont limités, de sorte que les risques de conception sont réduits chaque mois pour chaque femme. Les rapports sexuels sont encore plus rares si le nombre d'épouses est élevé. Ainsi, la fécondité des femmes de polygame varierait suivant le nombre de coépouses. Le tableau n° 29 ci-dessous donne la descendance des femmes selon le nombre d'épouses du mari au Congo et au Tchad.

Tableau n° 29 : Descendance des femmes suivant le nombre de coépouses (au Congo et au Tchad)

Nbr. d'épouses	1	2	3	4 et +
Congo	6,3	5,8	4,3	3,0
Tchad	6,2	5,7	4,5 (a)	-

(a) : 3 épouses et plus.

Source : Rapports d'enquêtes (Congo 1960-61, Tchad 1964).

(On trouvera en annexe les taux de fécondité des femmes congolaises et tchadiennes suivant le nombre d'épouses du mari).

Apparemment, les chiffres semblent confirmer l'hypothèse selon laquelle la polygamie en tant que telle a une influence sur la fécondité. Il convient cependant d'y apporter quelques réserves.

Il arrive que la polygamie soit, non pas une cause de basse fécondité, mais au contraire, une conséquence de la non fécondité : en effet, lorsqu'au bout d'un certain temps, un homme n'a pas eu un enfant de sa femme, il commence à s'inquiéter pour sa succession et, convaincu que sa femme est stérile, il en prend une deuxième et même une troisième si nécessaire, plutôt que de répudier la ou les première(s) épouse(s). Dans ce cas et dans la mesure où l'homme finit par avoir des enfants avec les autres épouses, il est bien évident que la polygamie est une conséquence de la stérilité des premières

épouses et il est alors normal que la descendance moyenne des femmes soit faible, sans que cette faiblesse soit toujours imputable à la polygamie.

D'autre part, il ne faut peut-être pas exagérer la diminution du risque de conception due à la présence de plusieurs femmes sous le toit d'un seul homme. Il est certain que les coépouses ne se sont pas mariées le même jour et que c'est peu à peu que leur nombre augmente. D'ailleurs, certaines jeunes épouses se sont mariées lorsque les premières avaient déjà atteint la ménopause. Dès lors, l'homme cohabitera plutôt avec la "nouvelle épouse". Enfin, lorsqu'à cause de son rang dans la société (chef, grand notable), un homme a tellement d'épouses qu'il ne peut les satisfaire toutes, souvent ce sont ses serviteurs qui, officiellement "rendent des services" à certaines épouses, choisies généralement parmi celles ayant atteint un certain âge, l'époux lui, s'occupant spécialement des plus jeunes.

d) Fécondité et groupe ethnique

Les enquêtes ont souvent mis en évidence une différence de fécondité entre les différents groupes ethniques d'un même pays. C'est ainsi qu'au Rwanda, l'enquête démographique 1970 a montré que les femmes Tutsi et Hutu sont plus fécondes que les femmes des autres groupes (Tableau n° 30).

Tableau n° 30 : Descendance finale des femmes rwandaises selon le grand groupe ethnique.

unite : 1 enfant

Groupe ethnique	Descendance
Hutu	6,53
Tutsi	6,06
Twa	5,38
Autres	4,95
Ensemble	6,45

Source : Rapport d'enquête démographique 1970

On remarquera cependant que la seule certitude est que tous les groupes humains de l'Afrique tropicale sont natalistes. On admettra par ailleurs que les différents groupes ont plus ou moins facilement accès aux soins médicaux et se nourrissent plus ou moins bien. Dès lors, on peut se demander si, à partir du moment où ne comptent que les naissances vivantes, ce n'est pas par exemple la mortalité qui fait souvent la différence. Dans le cas du Rwanda par exemple, les Tutsi et les Hutu sont deux groupes influents qui ont alternativement dirigé le pays alors que les Twa ont toujours

vécu pratiquement reculé dans la zone rurale, occupés à leur métier de potier qui leur permet de vivre tant bien que mal. Il en est de même des pygmées qui vivent dans la forêt. Alors, est-ce le facteur ethnique en tant que tel, qui influence la fécondité ou bien le manque de soin, le mode de vie, la malnutrition et bien d'autres facteurs ? Il est certain que les tabous, les interdits changent d'un groupe à un autre, mais il semble bien que les conditions socio-économiques agissent nettement plus sur la fécondité que le facteur ethnique en tant que tel. Il semble d'ailleurs intéressant d'étudier l'influence du facteur ethnique dans un milieu où les conditions de vie diffèrent assez peu, ou tout au moins varient assez indépendamment de l'origine ethnique de l'individu, comme dans la zone urbaine par exemple.

e) Fécondité selon la zone d'habitat

Lorsqu'on se retrouve en ville où tous les groupes bénéficient en principe d'une même infrastructure sanitaire et où, peu à peu, les conditions de vie, l'instruction, et bien d'autres facteurs agissent de façon plus ou moins identique sur les membres des différents groupes, on se rend compte qu'en général, la fécondité est plus faible qu'en milieu rural et cela sans distinction vraiment marquante de groupe ethnique.

Même le Rwanda, pays le moins urbanisé de l'Afrique Centrale, a un taux de natalité plus faible dans ce qu'on peut appeler centres urbains. Le TBN est en effet de 48% contre 51% en milieu rural.

En République Centrafricaine, le nombre moyen d'enfants par femme est de 3,78 en ville contre 4,14 en campagne, avec un taux brut de natalité de 47% en zones urbaines contre 48% en milieu rural.

Au Tchad, 27,1% des femmes n'ont jamais eu d'enfants dans les centres urbains, alors que cette proportion n'est que de 20% pour l'ensemble du pays.

Parmi les facteurs ayant une influence importante sur le niveau de fécondité en milieu urbain, il faut souligner le rôle de l'instruction qui, dit-on souvent, émancipe les couples et particulièrement la femme. La femme africaine urbaine et instruite se sent de moins en moins soumise aux contraintes traditionnelles. Elle est allée à l'école et y est restée parfois aussi longtemps que les garçons. Par la suite elle a peut-être commencé à travailler et s'est mariée tard et ce retard limitera probablement sa descendance. D'ailleurs, elle a vite fait de commencer à discuter des difficultés économiques, du coût de l'éducation et peut-être limiterait-elle volontairement sa descendance. C'est ainsi que peu à peu, les néomalthusiens recrutent des adeptes parmi ceux qu'on appelle les cadres et les intellectuels des catégories socio-professionnelles élevées.

f) Fécondité selon la catégorie socio-professionnelle

La fécondité semble plus faible dans les catégories sociales aisées. Le tableau n° 31 donne pour le Tchad, le taux de fécondité par catégorie socio-professionnelle.

Tableau n° 31 : Fécondité selon la catégorie socio professionnelle du mari au Tchad.

Catégories socio-professionnelles	Taux de fécondité en ‰
Exploitants agricoles	191
Agricoles non exploitants	157
Travailleurs non spécialisés	259
Travailleurs spécialisés	241
Artisans	166
Commerçants	181
Professions libérales	194
Employés	235
Cadres	160

Source : Rapport enquête démographique 1964.

On remarque que les femmes de cadre sont peu fécondes, alors que les femmes d'employé ont une fécondité élevée. On pense que la forte fécondité des femmes d'employé est probablement liée en partie aux allocations familiales ; mais il est encore plus probable que les employés, peu instruits en général, soient restés plus attachés à la tradition nataliste africaine que les cadres intellectuels qui de toute façon bénéficient eux aussi des allocations familiales ; on pourrait peut-être ajouter que certains cadres se marient tard à cause de leurs longues études. Chez l'agriculteur traditionnel, l'enfant est une source de main-d'oeuvre et de plus, ne bénéficiant d'aucune assurance retraite, il compte sur ceux de ses enfants qui survivront pour le soutenir lorsqu'il ne pourra plus travailler.

g) Fécondité et mobilité conjugale

Les quelques informations disponibles mettent en évidence une décroissance de la fécondité en fonction du nombre de mariages contractés par la femme. On explique couramment cette diminution de la fécondité par les intervalles assez longs de veuvage ou de divorce entre les mariages successifs. On avance même que les femmes qui ont contracté plus d'un mariage mettent au monde en moyenne

environ un enfant de moins que celles qui se sont mariées une seule fois. Le tableau n° 32 ci-dessous présente à ce sujet des données empruntées à l'enquête du Tchad de 1964 :

Tableau n° 32 : Fécondité totale au Tchad selon le nombre de mariages contractés et la zone d'habitat.

Nombre de mariages contractés	Nombre total moyen d'enfants mis au monde	
	Ensemble du Tchad	Centres urbains
0	0,5	-
1	4,9	4,4
2	4,1	4,1
3	3,9	3,2
4	3,3	2,2
5 et +	2,4	1,9

Quand on examine ce tableau, les chiffres confirment l'hypothèse selon laquelle, en ville comme en milieu rural, la fécondité diminue avec le nombre de mariages contractés par la femme. Les informations relatives au Rwanda semblent elles aussi confirmer cette hypothèse (Tableau n° 33).

Tableau n° 33 : Descendance finale et nombre de mariages contractés au Rwanda selon la zone d'habitat.

Nombre de mariages	Ensemble	Villes	Zones rurales
0	1,03	0,44	1,09
1	6,73	6,51	6,83
2	6,20	6,11	6,29
3 et +	6,13	5,95	6,37
Ensemble	6,45	6,11	6,46

Source : Rapport d'enquête démographique 1970

Il y a cependant lieu de faire quelques réserves ; il importe de souligner en particulier que l'enfant étant la finalité du mariage dans l'Afrique traditionnelle, il semble que ce soit justement la stérilité qui soit à la base de nombreux divorces et remariages. La femme peut divorcer pour aller se remarier parce qu'elle ne tolère pas de ne pas pouvoir avoir d'enfant avec son mari ; de même, l'homme répudie souvent l'épouse qu'il considère comme stérile. Dès lors, pour peu qu'on connaisse le milieu africain, il convient de nuancer l'importance de l'influence du nombre de mariages sur la fécondité, en attendant le jour où des études plus approfondies permettront peut-être de faire la part des choses.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, la tentation est de se poser la question de savoir si ce qu'on a appelé "Transition démographique" a été observée en Afrique Centrale.

Cette théorie peut se résumer ainsi :

- 1ère phase : Taux de natalité élevé, taux de mortalité élevé, ce qui implique un accroissement faible de la population.
- 2ème phase : Taux de mortalité bas, taux de natalité élevé, ce qui entraîne un accroissement rapide de la population.
- 3ème phase : Le taux de mortalité demeure bas ; le taux de natalité baisse, ce qui implique un nouvel accroissement faible.

Certains avancent qu'on doit se trouver, en Afrique Tropicale, dans la deuxième phase, c'est-à-dire dans une situation caractérisée par une mortalité en baisse et une fécondité élevée, ce qui entraîne un accroissement rapide de la population.

On a déjà relevé la médiocrité des informations qui sont à la base de cette observation. Par ailleurs, quelques particularités doivent être notées dans le cas de l'Afrique Centrale.

Il est certain qu'on a observé une baisse sensible de la mortalité, en particulier dans les années 1950. Mais cette baisse continue-t-elle encore ? A partir des enquêtes (ponctuelles le plus souvent), il est difficile de se prononcer. Mais l'évolution du fonctionnement du système sanitaire permet de porter un certain jugement.

Du temps de la colonisation, il y avait des médicaments gratuits distribués par des équipes mobiles à travers les zones rurales. Après les indépendances, il y a peut-être eu une évolution dans les grandes villes et surtout dans les capitales, mais d'autres facteurs négatifs ont réapparu, en particulier en milieu rural.

Sauf dans les rares cas d'épidémies, où de grands moyens sont parfois déployés pour une vaccination à grande échelle, les soins médicaux ne sont plus gratuits. Or, lorsqu'on sait que le pouvoir d'achat du paysan ne s'améliore pas tellement, et que dans certains cas il s'est plutôt déprécié, il y a lieu de se demander si, ces dernières années, la situation n'a pas plutôt empiré dans les campagnes, malgré l'implantation çà et là de quelques "postes de santé élémentaires", ou de quelques dispensaires ruraux.

Les médicaments coûtent de plus en plus cher et cela se ressent même dans les grandes villes, les "capitales", où ce sont justement des gens aisés qui ont le plus facilement accès aux médecins et aux soins gratuits. Comme l'enseignement, pour la majorité, les soins sont devenus dans la plupart de ces pays, un service qui n'est acquis que sur règlement de facture.

Il n'est donc pas tout à fait erroné de penser que la médecine injectée en Afrique Centrale par le colonisateur, s'est stabilisée tout d'abord, puis son effet a commencé par baisser depuis les années 60. La mortalité a baissé une fois pour toute en Europe parce que la médecine moderne est née et s'est développée de l'intérieur avec les progrès de la science et des techniques.

Il faut peut-être attendre que la médecine se développe de l'intérieur dans le cadre d'un système sanitaire mieux adapté et moins coûteux, intégrant la pharmacopée africaine, qui a été trop négligée jusqu'ici et qui risque de disparaître peu à peu, pour assister à une baisse définitive de la mortalité.

Dans les pays industrialisés, la mortalité ayant réellement baissé, on a assisté à une baisse de la natalité, parce que les gens n'éprouvaient plus le besoin d'avoir beaucoup d'enfants, l'espérance de vie ayant augmenté ainsi que le bien être économique.

En Afrique Centrale, au contraire, on va peut-être devoir assister à une hausse de la natalité pour maintenir un certain niveau de population, en particulier dans les campagnes où habitent en général plus de 80% de la population. Certains facteurs permettent de le penser. On pourrait se contenter de citer un éventuel progrès médical réel, qui réduirait la stérilité apparemment très répandue dans la région. Une autre conséquence du progrès de la médecine serait la réduction de la polygamie considérée souvent comme néfaste à la fécondité, mais qui justement est parfois une conséquence de la stérilité.

Enfin, le processus de modernisation tendra peut-être à faire baisser la mobilité conjugale.

Dans l'ensemble donc, malgré la dégradation des mœurs liée à l'urbanisation, la natalité va probablement se maintenir pendant quelque temps avec peut-être même une tendance à la hausse. Dès lors, face à une mortalité telle qu'on l'a décrite ci-dessus, il n'est pas du tout certain que l'Afrique Centrale traverse en ce moment la deuxième phase de la révolution démographique. On peut se contenter pour conclure d'affirmer que certaines caractéristiques des pays intéressés imposent qu'on attende d'être mieux informé pour se prononcer avec quelques chances de se rapprocher de la réalité.

B I B L I O G R A P H I E

I. RAPPORT D'ENQUETES OU DE RECENSEMENTS

1) BURUNDI

- "Enquête démographique Burundi 1970-71. Méthodologie. Résultats provisoires", Janvier 1972, INSEE, Paris, 67 p. multigr.

2) CAMEROUN

- "Enquête démographique au Cameroun. Résultats définitifs pour la Région du Nord 1962-1964", 1968, INSEE, Paris, 135 p.
- "La population du Cameroun Occidental. Résultats de l'enquête démographique de 1964", 1969, INSEE, Paris, 3 tomes.
- "Enquête démographique au Cameroun. Résultats définitifs pour la Région Sud-Est 1962-1964", INSEE, Paris 143 p.
- "La population du pays Bamileké et des départements limitrophes. Principaux résultats de l'enquête démographique de 1965", Juin 1966, SEDES, Paris, 214 p. + annexes, multigr.
- "La population de Yaoundé en 1969", Juin 1970, DSCN, Yaoundé, 116 p. multigr.
- "Enquête sur le niveau de vie à Yaoundé 1964-1965", 1967, SEDES, Paris, 4 tomes.

3) CENTRAFRIQUE

- "Enquête démographique en République Centrafricaine 1959-1960. Résultats définitifs", Avril 1964, INSEE, Paris, 262 p.
- "Recensement général de la population de la République Centrafricaine", Juillet 1964, INSEE, Paris, 3 fascicules.

4) CONGO

- "Enquête démographique 1960-61. Résultats définitifs", Février 1965, INSEE, Paris, 173 p.
- "Recensement de Brazzaville 1961. Résultats définitifs", Mars 1965, INSEE, Paris, 113 p.
- "Recensement démographique de Pointe Noire 1958. Résultats définitifs", Juillet 1961, INSEE, Paris, 104 p. + XXII p.

5) GABON

- "Recensement et enquête démographiques 1960-1961. Résultats pour Libreville", 1972, INSEE, Paris, 50 p.
- "Recensement de la population de la commune de Libreville - Octobre 1964", Août 1965, Service National de la Statistique, Libreville, 46 p. + annexes, multigr.

6) RUANDA

- "Enquête démographique 1970", 1973, INSEE, Paris, 2 tomes.

7) TCHAD

- "Enquête démographique au Tchad 1964. Résultats définitifs", Juin 1966, INSEE, Paris, 2 tomes.
- "Projections démographiques pour le Tchad 1963 à 1985, Juin 1971, B.GIL, 65 p. multigr.

8) ZAIRE

- "Etude socio-démographique de Kinshasa 1967. Rapport général, 1969, INS, Kinshasa, 192 p.
- "La fécondité des populations congolaises", 1967, A. ROMANIUK, Mouton, 348 p.

II. OUVRAGES GENERAUX

- 1) Conférence Africaine sur la Population, Accra, 9-18 décembre 1971.
 - "La mortalité en Afrique : niveaux, caractéristiques et tendances récentes", OMS, E/CN14/POP/39. 29 p. multigr.
 - "La situation démographique en Afrique", E/CN14/POP/44, 19 p. multigr.
 - "Mortalité infantile et mortalité juvénile", H. PAGE, POP Conf 2/2 16 p. multigr.
 - "Les facteurs sociaux, culturels et économiques de la forte fécondité en Afrique, P. SAWADOGO, POP Conf 2/4, 16 p. multigr.
 - "Quelques remarques sur les facteurs socio-culturels de l'infécondité en Afrique Noire", A. RETEL-LAURENTIN, POP Conf 2/11, 8 p. multigr.
- 2) "La transition démographique en Afrique Tropicale. Compte rendu de la réunion d'un groupe d'experts, Paris, 17-19 Novembre 1970", 1971, OCDE, Paris, 372 p. multigr.

- 3) "La transition démographique appliquée à l'Afrique Tropicale", J. CONDE, Août 1971, OCDE, 2 tomes.
- 4) "Quelques nouvelles estimations de la fécondité et de la mortalité en Afrique", E. VAN DE WALLE et H. PAGE, Janvier 1972, in "La démographie en Afrique d'expression française, bulletin de liaison", n° special 2, 19 p. multigr. (traduction de l'article paru dans Population Index, vol. 35, n° 1, Janvier-Mars 1969)
- 5) "Fécondité et syphilis dans la région de la Volta Noire", A. RETEL-LAURENTIN, Population, n° 4-5, Juillet-Octobre 1973, pp. 792-815.
- 6) "Influence de certaines maladies sur la fécondité. Un exemple africain", A. RETEL-LAURENTIN, Population n° 5, Septembre-Octobre 1973, pp. 792-815.
- 7) Documents présentés au groupe de travail sur la fécondité en Afrique, CEA, Addis-Abeba, 18-22 décembre 1972.
 - Niveaux et tendances de la fécondité dans les pays d'Afrique, E/CN14/POP/75.
 - La différence de fécondité en Afrique : indices disponibles, E/CN14/POP/71.
 - Niveaux, structures et conséquences de la fécondité en Afrique, E/CN14/POP/73.
- 8) "Report of the working group on fertility studies and estimation of population programme, CEA, 26-30 juin 1970, Addis-Abeba.
- 9) "Afrique Noire, Madagascar, Comores, Démographie comparée", 1967, DGRST, Paris.
- 10) "Etude anthropo-sociale et généalogique de la population Sara Kaba Ndindjo d'un village Centrafricain", G. JAEGER, Population n° 2, Mars-Avril 1973, pp. 361-382.

A N N E X E S

QUELQUES DONNEES NON UTILISEES DANS L'ETUDE

ANNEXE I

- Tableau 1 : Répartition de la population par sexe, âge et pays (Estimation 1965).
- Tableau 2 : Taux de mortalité par âge (sexes réunis) et par pays (sauf le Cameroun et le Congo).
- Pyramides correspondantes.

ANNEXE II

C O N G O

- Tableau 1 : Taux de fécondité légitime selon l'âge des femmes et le nombre d'épouses du mari.
- Tableau 2 : Taux de fécondité légitime suivant l'âge de l'époux.

ANNEXE III

R W A N D A

- Tableau 1 : Espérance de vie à chaque âge.
- Tableau 2 : Décès de moins d'un an selon l'âge au décès.
- Tableau 3 : Survie des enfants nés vivants selon l'âge de la mère.
- Tableau 4 : Survie globale suivant l'âge de la mère.
- Tableau 5 : Fécondité actuelle selon l'état matrimonial et l'âge.

ANNEXE IV

T C H A D

- Tableau 1 : Taux de mortalité par région et par zone urbaine.
- Tableau 2 : Taux de survie des enfants par sexe et par zone.
- Tableau 3 : Taux de survie des enfants selon le groupe d'âge des mères.
- Tableau 4 : Taux de fécondité des femmes selon leur âge et le nombre d'épouses du mari.
- Tableau 5 : Fécondité actuelle des femmes mariées selon l'âge du mari.
- Tableau 6 : Fécondité actuelle des femmes mariées selon le lien de parenté avec le mari.
- Tableau 7 : Symptômes de décès déclarés au cours de l'enquête.

ANNEXE I

Tableau 1 : REPARTITION DE LA POPULATION
PAR SEXE, AGE ET PAYS (ESTIMATION 1965)

Unité : 10³

ROU- PE AGE	BURUNDI		CAMEROUN		CENTRA- FRIQUE		CONGO		GABON		RWANDA		TCHAD		ZAIRE	
	M	F	M	F	M	F	M		M	F	M	F	M	F	M	F
0- 4	316	317	466	471	99	96	64	62	36	35	299	289	302	305	1738	1645
5- 9	280	269	371	380	82	85	53	55	30	31	248	240	240	247	1354	1321
10-14	157	165	318	323	71	76	46	49	26	28	224	231	206	210	1138	1129
15-19	134	124	242	247	60	60	39	39	22	22	172	170	157	160	963	976
20-24	128	121	204	204	40	43	26	28	15	16	131	129	133	139	809	840
25-29	113	116	185	190	42	46	27	30	16	17	98	103	120	123	674	720
30-34	87	93	162	162	38	42	25	27	14	16	77	89	105	105	560	614
35-39	90	88	147	147	41	48	26	31	15	18	65	86	96	96	463	519
40-44	46	53	124	128	38	46	25	30	14	17	61	82	80	83	381	438
45-49	64	69	105	109	36	42	23	27	13	16	54	63	68	71	307	366
50-54	39	53	86	90	26	34	17	22	10	12	46	47	55	59	246	304
55-59	46	52	67	76	19	25	12	16	7	9	36	33	43	49	196	248
60-64	21	31	52	62	13	13	9	12	5	7	23	23	34	40	142	193
65-69	33	41	38	43	10	12	6	8	4	4	14	14	25	28	211x	322x
70 et +	29	33	38	43	6	6	4	4	2	2	17	15	25	28		
TOTAL	1583	1625	2605	2685	621	679	402	439	229	251	1565	1614	1689	1743		

x 65 ans et plus

Les structures du Burundi et du Rwanda sont celles qu'ont donné les enquêtes 1970-71 (Pyramides jointes après projection retrospectives sur 1965).

Les structures du Cameroun et du Tchad ont été supposées être les mêmes lors des projections (INSEE après ajustement). La pyramide du Cameroun est identique à celle du Tchad ci-jointe.

Les estimations de la République Centrafricaine, du Congo et du Gabon ont été faites par l'INSEE, sous l'hypothèse que les populations de ces 3 pays avaient la même structure et que la fécondité (1960) évoluerait de la même façon (relative constance). Les projections de ces 3 pays ont été faites à partir des enquêtes ajustées 1960-61.

C'est pourquoi les pyramides relatives aux 3 pays sont très semblables.

ANNEXE I

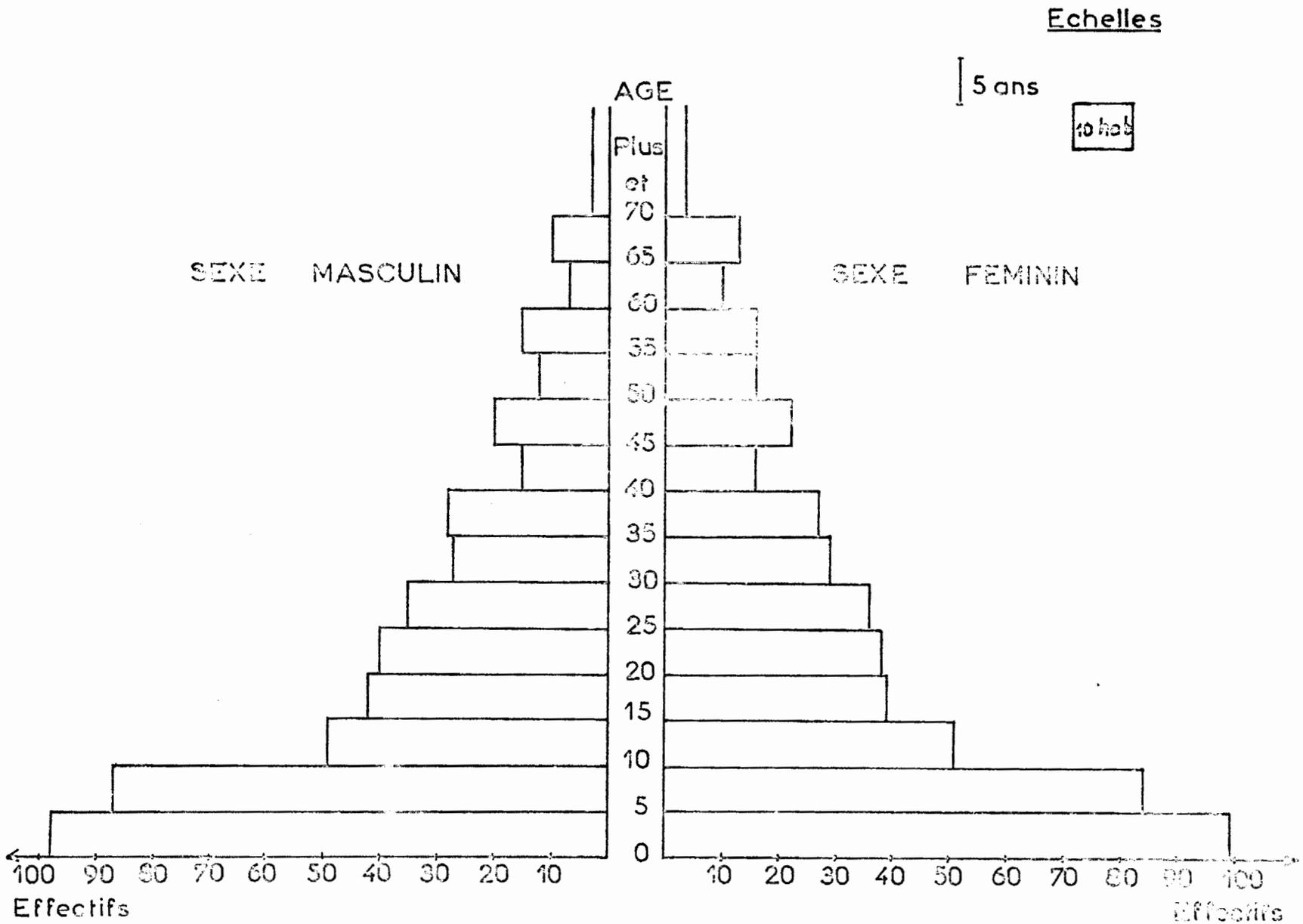
Tableau 2 : TAUX DE MORTALITE PAR AGE (SEXES REUNIS)
ET PAR PAYS (SAUF LE CAMEROUN ET LE CONGO).

AGE	BURUNDI	CENTRAFRIQUE	GABON	RWANDA	TCHAD	ZAIRE
0 - 1	138	190	166	127	184	104
1 - 4	42	27	24	40	29	30
5 - 9	5	8	13	11	11	10
10 - 14				4		5
15 - 19	4	11	16	8	16	6
20 - 24						9
25 - 29	9	13	14	11	17	8
30 - 34						12
35 - 39	11	14	15	11	21	
40 - 44						15
45 - 49						
50 - 54	14	22	22	13	32	25
55 - 59						47 ⁽²⁾
60 - 69	68	54	76	40 ⁽¹⁾	93	
70 et plus	126	75	119		169	
ENSEMBLE	21	26	30	22	31	20

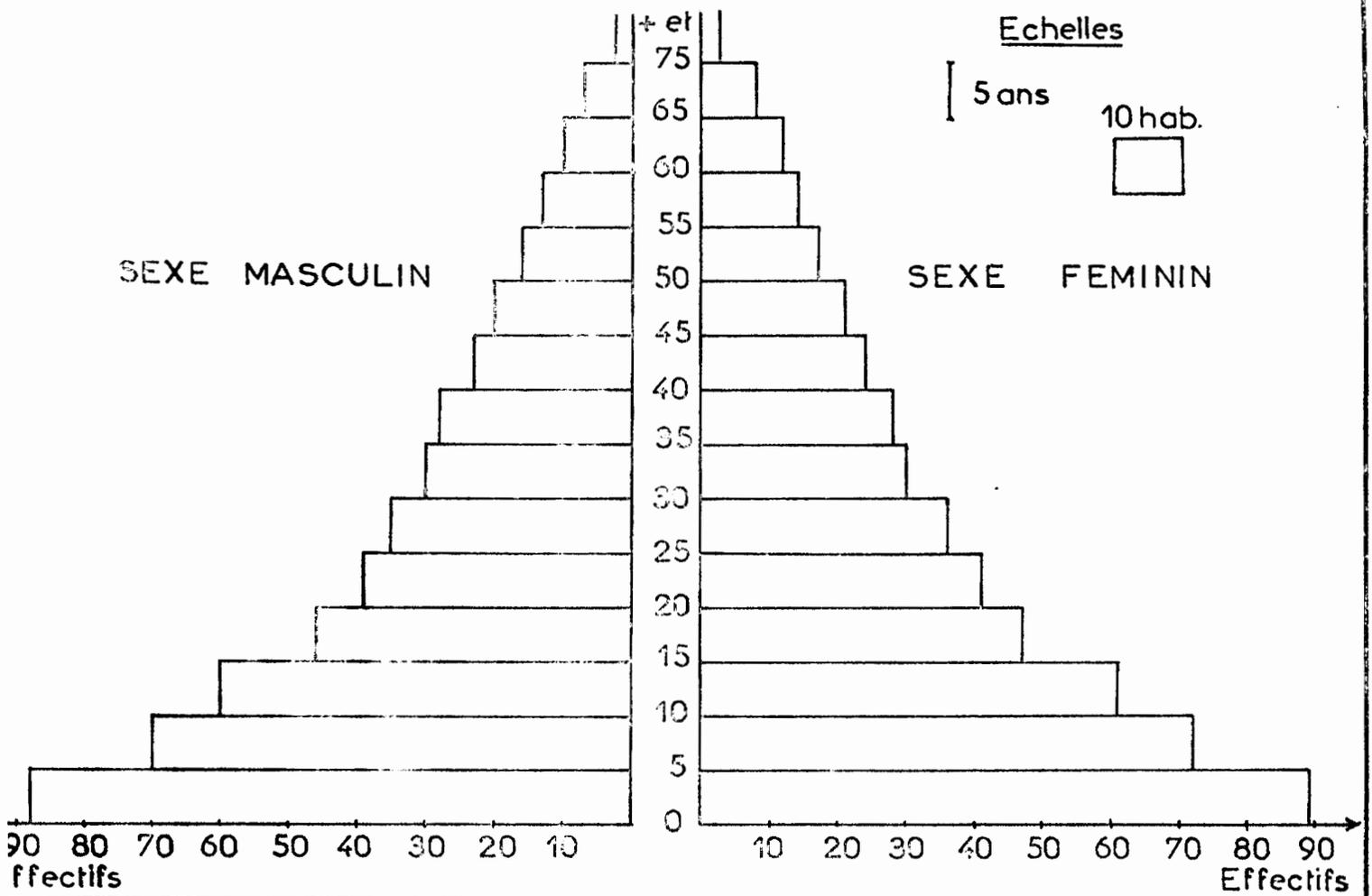
(1) pour 60 ans et plus

(2) pour 55 ans et plus

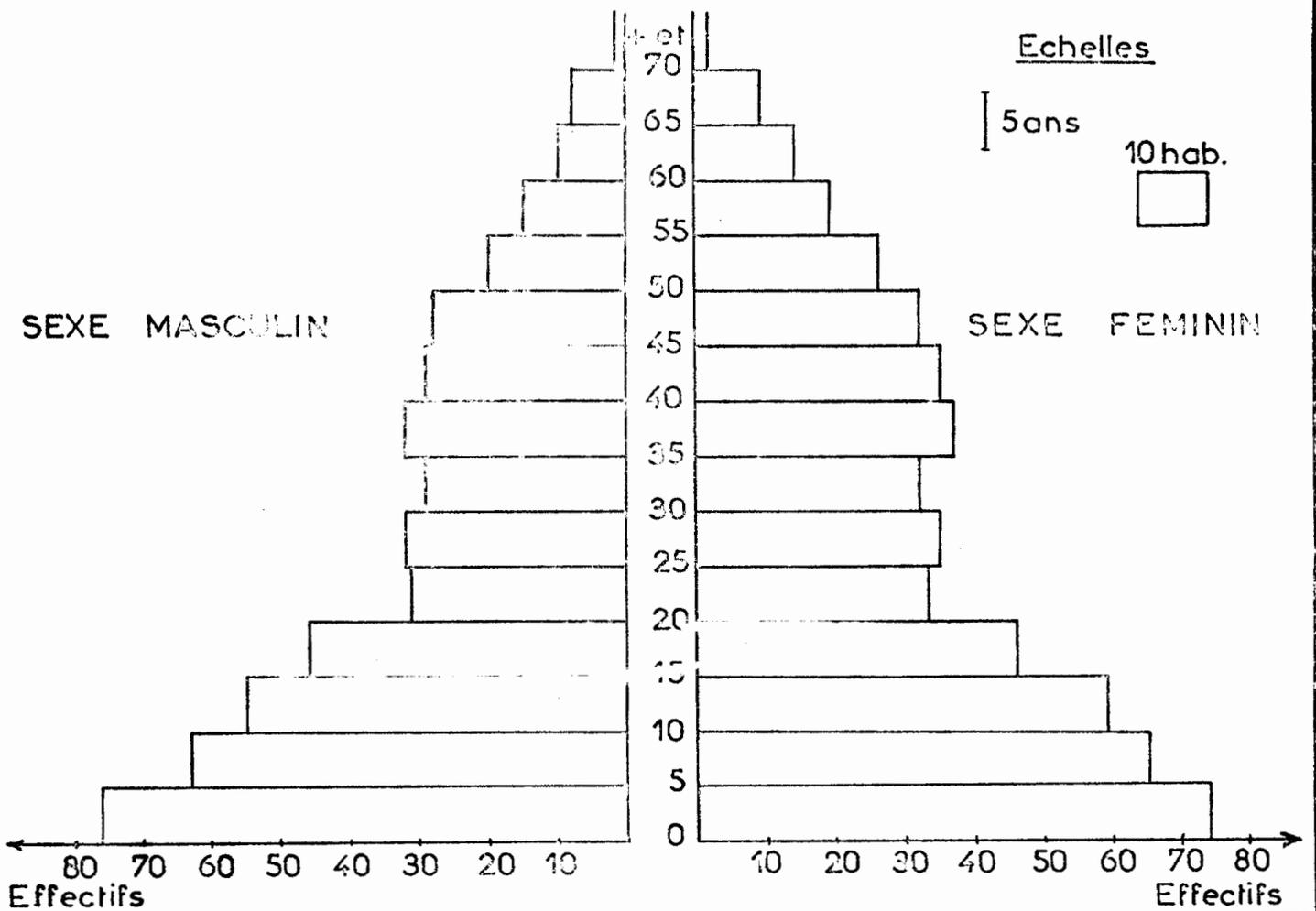
PYRAMIDE des âges rapportée à 1000 habitants du BURUNDI en 1965



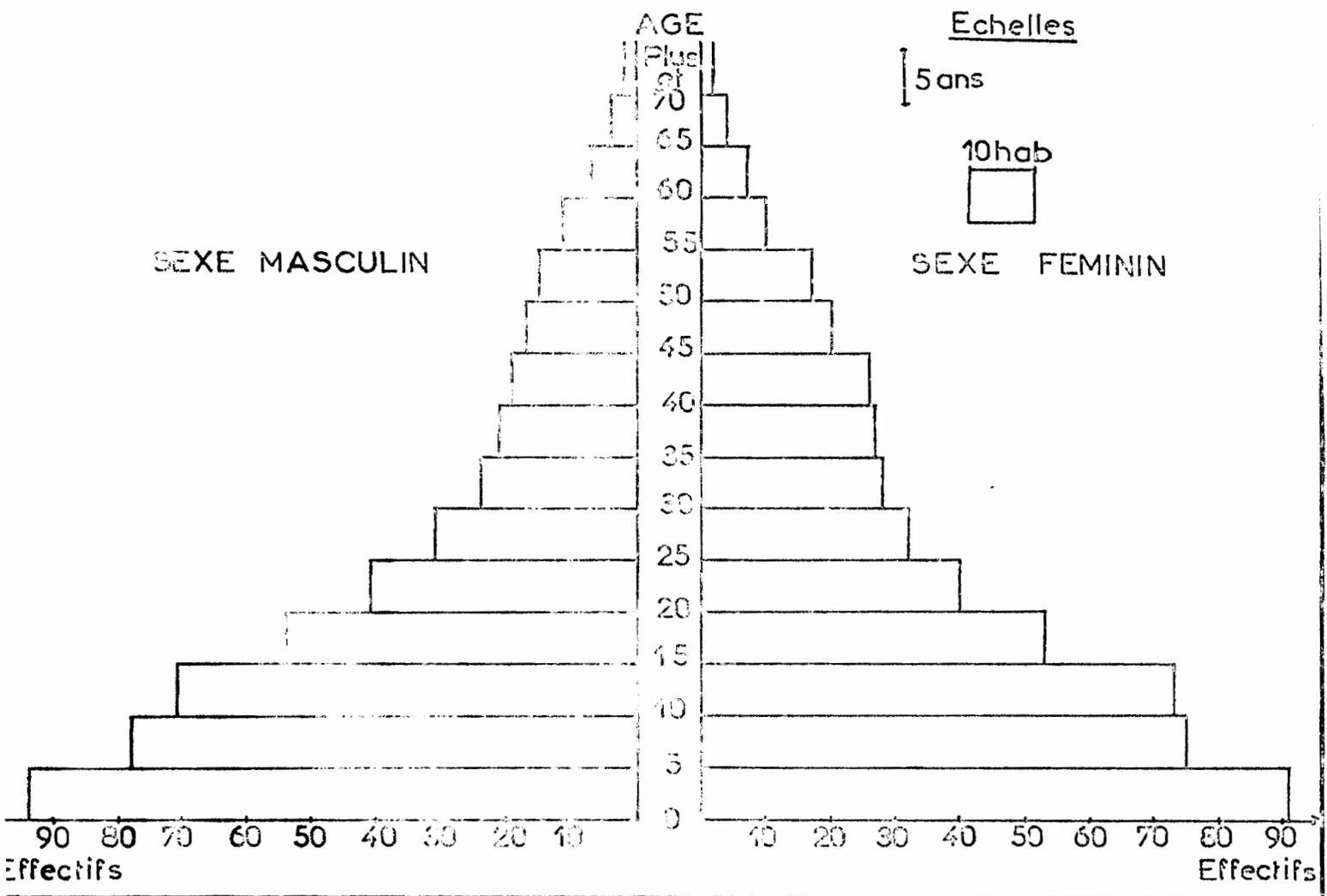
PYRAMIDE des âges rapportée à 1000 habitants du CAMEROUN et du TCHAD en 1965



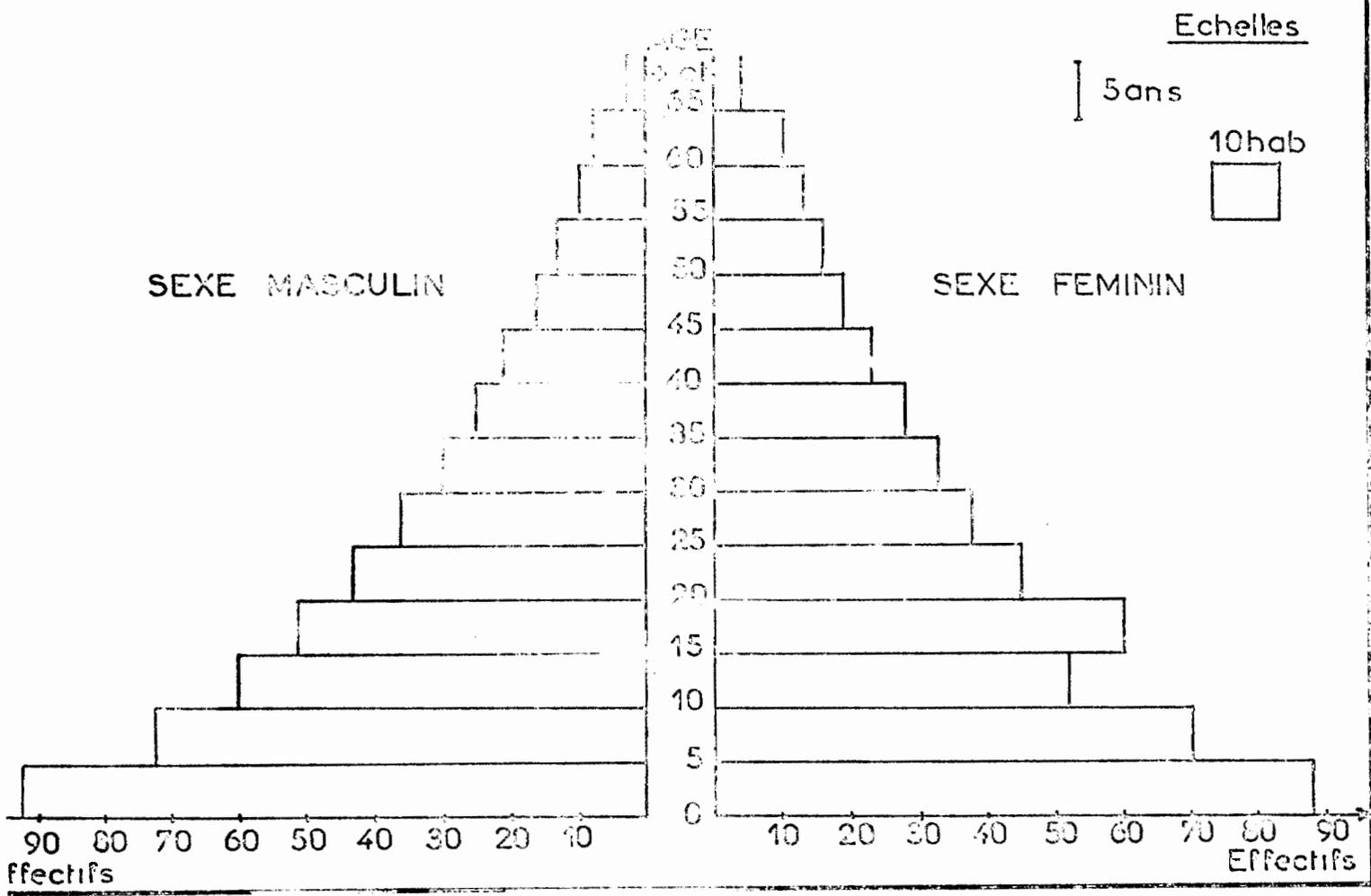
PYRAMIDE des âges rapportée à 1000 habitants de la R.C.A, du CONGO et du GABON en 1965



PYRAMIDE des AGES rapportée à 1000 habitants du RWANDA en 1965



PYRAMIDE des âges rapportée à 1000 habitants du ZAIRE en 1965



ANNEXE II

C O N G O

**Tableau 1 : TAUX DE FECONDITE LEGITIME SELON L'AGE
DES FEMMES ET LE NOMBRE D'EPOUSES DU MARI**

AGE DE LA	NOMBRE D'EPOUSES DU MARI				ENSEMBLE
	1	2	3		
14 - 19	244	181	81	79	218
20 - 29	282	252	213	113	259
30 - 39	171	184	146	115	168
40 - 49	79	78	49	41	70

Source : Rapport d'enquête 1960-61

**Tableau 2 : TAUX DE FECONDITE LEGITIME
SUIVANT L'AGE DE L'EPOUX**

AGE DE LA	AGE DU MARI				
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
15 - 19	245	201	139	74	-
20 - 29	297	278	203	217	134
30 - 39	156	195	168	136	125
40 - 49	102	102	89	57	50
Tous âges: 15 - 49	265	229	147	97	80

Source : Rapport d'enquête 1960-61

Tableau 1 : ESPERANCE DE VIE A CHAQUE AGE

Age	M	F	%	Ville	Zone rurale	Groupe Hutu	Groupe Tutsi
0	38	42	39	45	39	39	39
1	42	46	44	49	44	44	45
5	46	49	47	52	47	48	48
10	44	47	45	49	45	45	45
15	40	42	41	44	41	41	40
20	36	40	37	41	37	38	37
30	28	35	31	33	31	31	31
40	21	28	25	25	25	24	25
50	15	21	17	18	17	17	18
60	9	13	11	11	11	11	11
70	5	5	5	5	5	5	5

Source : Rapport d'enquête 1970

Tableau 2 : DECES DE MOINS D'UN AN SELON L'AGE AU DECES (%)

Age en mois	M	F	Ensemble	Cumul
0	38,0	39,4	38,7	38,7
1	10,7	13,1	11,9	50,6
2	8,4	7,1	7,8	58,4
3	6,0	7,2	6,5	64,9
4	5,5	3,9	4,8	69,7
5	4,6	2,3	3,5	73,2
6	4,7	4,0	4,4	77,6
7	4,8	6,8	5,7	83,3
8	5,1	5,9	5,4	88,7
9	4,1	3,7	3,9	94,6
10	4,4	4,8	4,6	97,2
11	3,7	1,8	2,8	100,0
∑	100,0	100,0	100,0	/

Source : Rapport d'enquête 1970

Tableau 3 : SURVIE DES ENFANTS NES VIVANTS SELON L'AGE DE LA MERE

Age de la mère	M%	F%	∑ %	F/M
14-19	873	858	866	0,98
20-24	909	918	913	1,01
25-29	913	926	919	1,01
30-34	910	913	911	1,00
35-39	918	921	919	1,00
40-44	897	907	903	1,01
45-49	899	909	904	1,01
50 et +	938	946	940	1,06
∑	909	916	912	1,01

Source : Rapport d'enquête 1970

Tableau 4 : SURVIE GLOBALE SUIVANT L'AGE DE LA MERE

Age de a mère	Enfant M %	Enfant F %	%T	Z o n e		Groupe ethnique			
				urbaine	rurale	Hutu	Tutsi	Twa	Autres
14-19	80	81	81	86	80	80	84	68	99
20-24	86	87	86	90	86	86	86	77	94
25-29	84	85	84	89	84	84	87	70	94
30-34	81	83	82	86	82	81	85	79	90
35-39	79	81	80	83	80	80	82	69	82
40-44	74	76	75	77	75	75	78	75	74
45-49	67	71	69	71	69	68	72	60	82
50-54	59	64	61	62	61	61	65	44	58
55-59	57	60	58	58	58	58	55	65	53
60-64	51	56	53	52	53	53	55	54	60
65-69	47	52	49	49	49	49	53	46	41

Source : Rapport d'enquête 1970

Tableau 5 : FECONDITE ACTUELLE SUIVANT L'ETAT MATRIMONIAL

Age des femmes	Célibataires	Mariée à un monogame	Mariée à un polygame	Autres états	Ensemble
14 - 19	2	338	283	173	47
20 - 24	13	418	415	274	336
25 - 29	38	396	396	272	383
30 - 34	10	371	334	199	349
35 - 39	-	271	255	108	252
40 - 44	-	144	110	31	118
45 - 49	-	62	77	7	47
50 et +	-	27	25	1	15
Ensemble	4	299	247	88	208
Zone urb.	8	297	257	111	194
Zone rur.	3	299	247	86	209

Source : Rapport d'enquête 1970

ANNEXE IV - T C H A D

Tableau 1 : TAUX DE MORTALITE PAR REGION ET ZONE URBAIN

Age	Nord	Sud	Ensemble	dont ville
0	149	203	184	149
1- 4	29	28	29	40
5- 9	10	11	11	14
10-19	14	17	16	14
20-29	11	22	17	15
30-39	15	26	21	16
40-49	20	39	32	25
50-59	41	71	58	39
60-69	68	123	93	123
70 et +	96	356	169	158
	25	35	31	29

Source :
Rapport
d'enquête 1964

Tableau 2 : TAUX DE SURVIE DES ENFANTS / SEXE / ZONE (NES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)

Age de la mère	Ensemble			dont ville		
	M%	F%	T%	M%	F%	T%
15-19	86	88	87	94	90	92
20-24	90	90	90	93	91	92
25-29	86	90	88	88	92	90
30-34	86	89	88	83	90	84
35-39	85	85	85	95	87	90
40-44	84	94	88	70	89	75
45-49	82	81	82	100	100	100
Ensemble	87	89	88	89	91	90

Source : Rapport d'enquête 1964

Tableau 3 : TAUX DE SURVIE DES ENFANTS SELON LE GROUPE GROUPE D'AGE DES MERES (Survie globale)

Age de la mère	Nord	Sud	Ensemble	dont ville
15-19	84,3	77,4	80,2	83,2
20-24	76,8	72,6	74,2	77,5
25-29	73,5	67,4	69,8	73,4
30-34	69,2	66,3	67,3	70,0
35-39	68,4	61,7	64,0	64,1
40-44	64,1	59,9	61,4	60,7
45-49	63,1	55,3	57,9	56,0
50-54	58,6	54,5	56,3	54,8
55-59	56,3	53,3	54,4	49,1
60-69	55,5	48,8	52,5	47,5
70 et +	53,8	46,5	51,7	42,0

Source :
Rapport
d'enquête
1964

Tableau 4 : TAUX DE FECONDITE DES FEMMES SELON LEUR AGE ET LE NOMBRE D'EPOUSES DU MARI

Age des femmes	Nombre d'épouses du mari		
	1	3	3 et plus
15-19	240	207	132
20-24	299	246	237
25-29	248	224	168
30-34	189	161	151
35-39	149	138	108
40-44	76	100	51
45-49	48	71	58
Ensemble	212	177	133

Source : Rapport d'enquête 1964

Tableau 5 : FECONDITE ACTUELLE DES FEMMES MARIEES SUIVANT L'AGE DU MARI

Age des femmes	Age des mères				
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
15-19	247	206	180	198	158
20-24	305	280	231	227	194
25-29	226	247	202	204	191
30-34	159	196	176	125	92
35-39	139	168	139	124	97

Source : Rapport d'enquête 1964

Tableau 6 : FECONDITE ACTUELLE DES FEMMES MARIEES SELON LE LIEN DE PARENTE AVEC LE MARI

Age des femmes lien de parenté	Age des femmes							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Ensemble
Aucune parenté	225	273	222	169	134	75	60	184
Cousin germain	226	301	255	204	158	58	45	213
Cousin issu de germain	276	359	276	196	166	116	65	241
Autresparenté	206	307	256	176	135	77	29	202

Source : Rapport d'enquête 1964