



LES ANNALES DE L'IFORD

VOL. 15 N° 1

DECEMBRE 1991

REVUE SEMESTRIELLE PUBLIEE

PAR

L'INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

Directeur de la Publication : PROF. D. M. SALA-DIAKANDA
Secrétariat de la Rédaction : R. MFOULOU ; E. NGWE
Diffusion : OWONO MBIDA

COMITE DE LECTURE

Président : D. M. SALA-DIAKANDA

Membres : K. V. AYASSOU ; A. BAHRI ; R. DACKAM-NGATCHOU ;
J. L. DONGMO ; EVINA AKAM ; PH. FARGUES ;
F. GENDREAU ; H. GERARD ; B. A. HOUEHOUGBE ;
C. MBACKE ; R. MFOULOU ; G. O. NASSOUR ;
E. NGWE ; NZITA KIKHELLA ; A. PALLONI ;
B. SALANAVE ; E. WALLE (van de)

I. FO. R. D.
Section des Publications
B. P. 1556 YAOUNDE
Telex 8304 KN (PNUD) et 8441 KN (MULPOC)
Fax : (237) 22.67.93
CAMEROUN

I.FO.R.D. YAOUNDE
N° ISBN 2 - 905327 - 17 - 0

LES ANNALES DE L'IFORD

VOL. 15 N° 1

DECEMBRE 1991

REVUE SEMESTRIELLE PUBLIEE

PAR

L'INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

NOTES AUX AUTEURS

Les manuscrits doivent être envoyés à la Direction de l'IFORD ; l'auteur s'engage à ne pas présenter son texte à une autre revue durant un délai de 4 mois. Tout manuscrit est soumis à l'appréciation du Comité de Lecture qui transmet à l'auteurs observations. Le Comité se réserve le droit de faire des modifications mineures portant sur la forme, mais aucun changement de fond ne sera effectué sans consultation préalable de l'auteur.

Les manuscrits devront répondre aux conditions suivantes :

1 - Dactylographie

Le manuscrit doit être dactylographié en double interligne sur papier blanc de dimension 21 x 29,7 cm (25 lignes de 10 à 12 mots par page). La longueur des articles ne doit pas excéder 30 pages y compris les tableaux, graphiques et résumés. Une dérogation pourra être accordée par la Direction de l'Institut après avis du Comité de Lecture.

2 - Tableaux et graphiques

Ils sont respectivement insérés dans le texte et numérotés séquentiellement en chiffres arabes. Les auteurs veilleront à ce que les légendes des graphiques et les titres des tableaux et des graphiques soient clairement indiqués sur ceux-ci. Les graphiques doivent être fournis à l'échelle compatible avec le format.

3 - Formules mathématiques

Elles doivent être manuscrites et transcrites très lisiblement.

4 - Notes infrapaginales

Les notes en bas de page sont numérotées séquentiellement par page pour un article donné et ne comportent, ni tableaux, ni graphiques.

5 - Références bibliographiques

Elles sont disposées en fin d'article, numérotées par ordre alphabétique des auteurs et pour chaque auteur dans l'ordre chronologique des références bibliographiques. La présentation sera la suivante :

- *pour une revue :*

LOCOH, T. - Nuptialité au Togo. Evolution entre 1961 et 1970, in population, vol. 31, n° 2 ; 1976 ; pp. 379 - 400.

- *pour un ouvrage :*

HENRI, L - Démographie : Analyse et modèles, Paris, Larousse, 1972, 337 p. : table, graphes, index.

6 - Résumés

Tout article doit être accompagné d'un résumé en français d'une quinzaine de lignes, avec ou non ses mots-clés.

7 - Tirés à part

10 exemplaires maximum sont envoyés gratuitement à chaque auteur.

8 - Les auteurs ne sont en aucun cas rémunérés.

9 - Seuls les manuscrits non retenus sont renvoyés aux auteurs.

Les opinions exprimées dans cette revue n'engagent que leurs auteurs et ne sauraient être considérées comme reflétant le point de vue de l'IFORD.

LES ANNALES DE L'IFORD

VOL. 15 N° 1

DECEMBRE 1991

SOMMAIRE

	Pages
Jean-Marie TCHEGHO : La politique de la parenté responsable au Cameroun : Que peut-on en attendre ?.....	11
Alphonse TABI-ABODO : Intégration des variables démographiques dans les plans de développement : Réflexions à partir de quelques expériences en Afrique Centrale.....	29
HANTA RAFALIMANANA : Connaissance du SIDA dans les provinces du Nord-Ouest et du Sud-Ouest au Cameroun ...	53
Jean-Joël KEUZETA : Une description de la situation du paludisme au Cameroun.....	67
Benoît SALANAVE : L'identification des Communautés à haut risque de bilharziose urinaire dans le département du Mayo-Danay (Extrême-Nord du Cameroun).....	83

REVUE SEMESTRIELLE PUBLIEE

PAR

L'INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

RESUMES

TCHEGHO, Jean-Marie LA POLITIQUE DE LA PARENTE RESPONSABLE
AU CAMEROUN : QUE PEUT-ON EN ATTENDRE ?

Les modèles culturels, les conditions économiques et sociales et le niveau élevé de la mortalité sont les déterminants des comportements natalistes des populations africaines. Ce constat peut être vérifié au Cameroun. La procréation en Afrique en général et au Cameroun en particulier obéit donc à certaines préoccupations individuelles et collectives et est loin d'être une procréation "irresponsable". Des exemples pris dans la société camerounaise le montrent. Une politique de réduction de la fécondité au Cameroun devrait en conséquence s'appuyer sur les fondements culturels des populations ainsi que sur leurs contraintes économiques et sociales pour s'assurer un maximum de chances de succès. En attendant, il est difficile de dire avec précision quelle sera la tendance future de la fécondité au Cameroun à court ou à long terme.

TABI ABODO, Alphonse INTEGRATION DES VARIABLES DEMOGRAPHIQUES
DANS LES PLANS DE DEVELOPPEMENT :
REFLEXIONS A PARTIR DE QUELQUES EXPERIENCES
EN AFRIQUE CENTRALE

Des efforts certains sont faits par les Etats africains pour atteindre leurs objectifs de développement. Diverses stratégies sont adoptées à cette fin, parmi lesquelles figure la planification. Les pays africains en général, ceux d'Afrique Centrale en particulier, présentent des atouts appréciables pour réussir leur planification. Malheureusement non seulement ils sont encore à des stades très inégaux dans leurs expériences dans ce domaine, mais aussi ils sont diversément confrontés à un certain nombre d'obstacles à la fois d'ordre théorique et pratique. La prise en compte des variables démographiques dans les plans de développement est une préoccupation majeure pour tous mais malgré les efforts internes et l'assistance extérieure, les résultats obtenus à l'heure actuelle sont encore très limités, voire insignifiants, pour des raisons qui tiennent essentiellement aux approches adoptées. Le processus engagé exige non seulement sa poursuite mais aussi son renforcement, avec l'appui des organismes internationaux et de la coopération bilatérale, en dépit des incertitudes créées par les programmes d'ajustement structurels adoptés par les pays d'Afrique Centrale.

RAFALIMANANA, HANTA CONNAISSANCE DU SIDA DANS LES PROVINCES
DU NORD-OUEST ET DU SUD-OUEST AU
CAMEROUN

L'IFORD a réalisé en juillet et août 1990, pour le compte du Comité National de lutte contre le SIDA au Cameroun, une enquête CAPC sur cette maladie. L'opération a

couvert les deux provinces anglophones du pays et a touché un échantillon de 1091 personnes. Le questionnaire utilisé s'est largement inspiré du modèle OMS.

Les résultats, jugés dans l'ensemble intéressants, montrent notamment l'existence d'importantes disparités dans la connaissance qu'ont les populations enquêtées de cette maladie et des dangers qu'elle représente, d'une part en fonction des milieux de résidence urbain ou rural et, d'autre part, en fonction de certaines caractéristiques individuelles des enquêtés. Ces constatations impliquent, au plan pratique, une réorientation des stratégies actuelles en matière d'information, d'éducation et de sensibilisation de la population sur le SIDA.

KEUZETA, Jean Joël

UNE DESCRIPTION DE LA SITUATION DU
PALUDISME AU CAMEROUN

La morbidité due au paludisme est très importante au Cameroun. Les statistiques disponibles, quoique parcellaires, le montrent bien. Cette maladie touche tous les groupes d'âge et les deux sexes, et sévit fortement dans 5 des 10 provinces du pays. A ces variables régionales se greffent des fluctuations saisonnières de la morbidité due au paludisme.

SALANAVE, Benoît

L'IDENTIFICATION DES COMMUNAUTES A
HAUT RISQUE DE BILHARZIOSE URINAIRE
DANS LE DEPARTEMENT DU MAYO-DANAY
(EXTREME-NORD DU CAMEROUN)

La bilharziose urinaire sévit dans l'Extrême-Nord du Cameroun avec une prévalence relativement élevée (44 %). Une méthode d'évaluation indirecte de cette prévalence, basée sur une enquête par questionnaires adressée d'une part aux élèves d'une centaine d'écoles primaires dans le département du Mayo-Danay et, d'autre part, aux maîtres de ces écoles, a permis de confirmer la forte présence de cette maladie au sein de la population.

On a pu par ailleurs vérifier l'efficacité de cette méthode en la couplant avec un test biomédical sur bandelettes réactives.

L'expérience ainsi menée par l'IFORD et l'OCEAC s'est avérée concluante, l'objectif fixé par l'OMS, à savoir évaluer la prévalence de la schistosomiase urinaire dans une communauté à haut risque à l'aide de questionnaires, ayant été atteint.

**LA POLITIQUE DE LA PARENTE RESPONSABLE
AU CAMEROUN : QUE PEUT-ON EN ATTENDRE ?**

par

Jean-Marie TCHEGHO

INTRODUCTION

Deux objectifs fondamentaux sont visés par cette étude : d'une part, attirer l'attention sur la nécessité de tenir compte du cadre de référence propre à chaque communauté humaine dans l'élaboration d'une politique la concernant et, d'autre part, montrer qu'une politique de population, pour être vraiment pertinente, doit s'attacher à agir sur les fondements socio-économiques, culturels et politiques de la dynamique de la population du pays concerné, conditions que ne remplit pas, à notre avis, la politique de la "parenté responsable" au Cameroun. Dans le cas contraire, on ne devra pas être surpris de constater à terme, comme le montre le rapport du FNUAP sur l'état de la population mondiale en 1990, en ce qui concerne la fécondité, que les résultats ne sont pas à la hauteur des investissements consentis et des espoirs exprimés.

La dynamique de la population est de plus en plus un sujet de grande préoccupation, tant au niveau des pays développés que de ceux en développement.

Dans son rapport sur l'état de la population mondiale en 1990, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), vient de tirer la sonnette d'alarme sur l'évolution de la population mondiale. En effet, la baisse de la fécondité ayant été plus faible que prévue, notre planète devra accueillir près d'un milliard supplémentaire d'êtres humains d'ici la fin du siècle. D'après le FNUAP, cette situation est d'autant plus préoccupante que l'essentiel de cette augmentation reviendra aux régions en développement. Les régions développées (Europe y compris l'Union Soviétique, Amérique du Nord et Japon), avec 23 % de la population mondiale actuelle, ne participeront que pour 6 % à cette hausse, contre 23 % pour l'Afrique avec 12 % de la population, 31 % pour l'Asie du Sud avec 25 % de la population, 17 % pour l'Asie de l'Est avec 25 % de la population et 23 % pour les autres régions en développement qui ne détiennent que 15 % de la population mondiale.

Dans les pays développés, deux préoccupations sont au premier plan. D'abord le vieillissement alarmant de leur population à cause d'une mortalité toujours en baisse et d'une fécondité qui, dans certains cas, n'assure plus le remplacement des générations. Dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord, on estime le taux d'accroissement annuel de la population à moins de 1 % pour la période 1990-1995, sauf en Albanie. Il est même nul en République Démocratique Allemande, au Danemark, en Suède, en Autriche et au Luxembourg. Par ailleurs, il ne dépasse en outre 0,5 % que dans trois pays (USA, Canada, Irlande) (FNUAP, 1990). Ensuite la "démographie galopante" des pays en développement fait craindre, entre autres, d'importantes migrations internationales vers les pays développés. Le développement

accélééré de la xénophobie, qu'on constate actuellement dans la plupart des pays développés est une manifestation concrète de cette préoccupation. Cette xénophobie, longtemps latente, se présente désormais au grand jour à travers des organisations nazies comme les "SKINHEADS" qui se développent très rapidement dans les pays européens ; elle constitue l'un des principaux axes des programmes de certains partis politiques.

Dans les pays en voie de développement, les préoccupations majeures concernent en général l'exode rural et la fécondité. Mais, si l'intérêt porté sur l'exode rural résulte des considérations essentiellement internes aux Etats, par contre, celui porté sur la fécondité émane beaucoup plus des pays développés ou des organisations internationales. En effet, les réglementations en matière des allocations familiales et d'imposition en vigueur dans certains pays en développement sont très favorables aux familles nombreuses. Au Cameroun, "la surtaxe progressive", élément principal de l'impôt sur les revenus salariaux, décroît jusqu'au septième enfant ; au même moment, le supplément familial de traitement" est servi aux fonctionnaires jusqu'au sixième enfant, avec une valeur croissante.

Au Cameroun, par exemple, on constate que l'exode rural constitue une préoccupation constante dans les six plans quinquennaux de développement économique, social et culturel élaborés jusqu'à présent. On relève en particulier que son ampleur augmente d'un plan à l'autre en dépit des mesures qui sont chaque fois prises pour l'endiguer ou l'atténuer et qu'il hypothèque le développement de l'agriculture en privant les zones rurales de la population jeune, dynamique et ouverte aux innovations technologiques. (1). Par contre, la fécondité ne commence à être évoquée comme un problème que dans le VIe plan (1986/1991), plan élaboré après la Conférence Mondiale sur la Population de 1984 à Mexico. Cette évocation est d'ailleurs très surprenante car le plan ne soulève en fait aucun problème en matière de fécondité, bien que constatant un taux d'accroissement de la population de 3,1 % par an.

Au cours de la Conférence de Mexico en effet, "la démographie galopante" des pays en voie de développement a été considérée comme le principal obstacle à leur développement économique. Ceux-ci ont donc été invités à adopter des politiques de population pour ralentir le rythme de croissance démographique et à intégrer les variables démographiques dans la planification de leur développement économique, avec l'aide des organismes internationaux. C'est ainsi que sont nés les projets "Unité de planification de la population" dans la plupart des pays en développement dont le Cameroun (projet CMR/80/P02) et la politique de la "parenté responsable".

(1) - Il contribue en outre à l'aggravation de certains problèmes urbains tels que le chômage.

La politique de la "parenté responsable" mise en œuvre au Cameroun, vise essentiellement à "responsabiliser" les parents dans leur procréation, c'est-à-dire à les amener à limiter leurs naissances afin d'ajuster la population aux ressources disponibles. Mais, afin d'atténuer le choc psychologique d'une politique antinataliste qui ne semble pas encore ressentie par la population comme une nécessité, un accent est également mis sur la lutte contre la stérilité et la mortalité maternelle et infantile.

Cette politique soulève un certain nombre de problèmes dont deux retiendront particulièrement notre attention : le concept même de "parenté responsable" qu'on semble opposer à une "parenté irresponsable" qui existerait au Cameroun et l'efficacité d'une politique de limitation des naissances dans ce pays.

I - LA PARENTE A-T-ELLE JAMAIS ETE IRRESPONSABLE AU CAMEROUN ?

La conception originelle essentiellement malthusienne du planning familial en Afrique a réservé à ses programmes des fortunes diverses : ici les attitudes sont réservées ; là, elles sont d'expectative, plus loin, elles sont d'opposition systématique. Mais, leurs promoteurs ne désarment pas pour autant. On essaie maintenant, soit de maquiller l'objectif de base qui est et reste la limitation des naissances par des problèmes de grande préoccupation comme la stérilité, la mortalité maternelle, les maladies sexuellement transmissibles, etc., soit alors d'inventer d'autres concepts pour finalement appliquer la même politique.

Le concept de la "parenté responsable" en vogue au Cameroun procède probablement de la même tendance au maquillage. Mais comme le planning familial, il contient également les germes de son inefficacité. D'abord, il est de nature à culpabiliser gratuitement les parents en prétendant que leur procréation a été jusqu'à maintenant irresponsable ; ensuite, ce concept ainsi entendu occulte les fondements de la procréation dont l'analyse seule doit orienter l'action tendant à inverser au besoin le sens de l'évolution de la fécondité.

Nous affirmons par contre que la procréation, comme d'ailleurs bien des comportements humains, est pour l'essentiel toujours responsable, hormis le phénomène actuel de la fécondité des adolescentes. Pour nous, en effet, un acte est responsable quand son auteur l'a posé en son âme et conscience, c'est-à-dire en fonction de certaines considérations qui lui sont propres. Ainsi, il nous semble hasardeux d'apprécier un acte sans faire appel au cadre décisionnel de son auteur. Or, on constate qu'on a une tendance très prononcée à porter un jugement définitif sur un acte (résultante) ou à chercher à résoudre un problème sans faire référence préalable à ses fondements (le

pourquoi). Par ailleurs, même quand les fondements d'un acte sont connus, on a tendance à les apprécier en fonction de sa sensibilité, de son opinion, de ses connaissances, de ses intérêts, bref de son propre cadre de référence. Il résulte de ce processus que, dans un même cadre de référence, un acte peut être diversement apprécié selon les individus, d'où la nécessité de dégager la tendance que reflète la position du plus grand nombre ; il apparaît en outre qu'une appréciation objective de la situation est délicate quand les cadres de référence de base du jugement sont différents.

Pour soutenir notre affirmation, quatre principaux fondements de la procréation en Afrique en général et au Cameroun en particulier retiendront notre attention dans les lignes qui suivent. Il s'agit de la mortalité, des conditions économiques de la sécurité sociale et des considérations culturelles et politiques.

1.1 - La mortalité

Les pays en voie de développement sont en général caractérisés par une faible espérance de vie à la naissance qui résulte presque toujours d'une mortalité infantile et juvénile très élevées.

Dans les régions les plus développées du monde (Amérique du Nord, Europe, Australie, Japon), la mortalité infantile est estimée en 1990 à 12 pour 1000, tandis que la mortalité juvénile est presque nulle. La mortalité infantile est même inférieure à 10 pour 1000 dans les pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord et de l'Amérique du Nord (FNUAP, 1990).

Par contre, dans les régions les moins développées, (Afrique, Amérique Latine, Asie non compris le Japon, Mélanésie et Polynésie), la mortalité infantile est estimée à 71 pour 1000 et la mortalité juvénile à près de 35 pour 1000. En Afrique, la mortalité infantile n'est inférieure à 47 pour 1000 que dans un seul pays (Ile Maurice) avec un taux de 19 pour 1000 et atteint un maximum de 159 pour 1000 au Mali (FNUAP, 1990).

Enfin, il est également intéressant de noter que, dans les pays développés, les enfants de moins de 5 ans représentent 3 % de la population totale et fournissent 3 % des décès par an, alors que dans les pays en voie de développement, les enfants de cette même tranche d'âge représentent 14 % de l'ensemble de la population et fournissent jusqu'à 80 % des décès annuels (TETTEKPOE, 1988).

Au Cameroun, la mortalité infantile était estimée en 1978 à 113 pour 1000 au niveau national, et à 86 ‰ en 1987, d'après les données de l'enquête nationale sur la fécondité, d'une part, et celles du recensement général de la population et de l'habitat d'avril 1987, d'autre part. La mortalité connaît certes une baisse notable, mais elle reste encore à un niveau élevé, donc préoccupant.

En effet, la mortalité infantile n'a pas encore atteint un seuil de sécurité qui provoquerait une baisse sensible de la natalité.

Une fécondité élevée peut donc être considérée comme une réponse objective à la forte mortalité infantile et juvénile. Pour les parents, en effet, il faut faire beaucoup d'enfants pour avoir la chance de voir survivre quelques-uns. A cet égard, l'enquête nationale sur la fécondité (ENF) du Cameroun relève qu'en général la régulation des naissances ne se réalise à une large échelle que lorsque la mortalité infantile est tombée au-dessous du haut stade de pré-transition et qu'il y a une certaine confiance dans la survie de l'enfant (MINEP, 1983). De même, l'analyse différentielle de la fécondité et de la mortalité au Cameroun montre que les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire et celles vivant à Douala ou Yaoundé ont une fécondité plus faible que les autres et subissent également une mortalité infantile plus faible. Leur comportement en matière de fécondité est certainement influencé par le fait qu'elles perdent moins leurs enfants.

1.2 - Les conditions économiques

Sur le plan économique, les pays en développement sont notamment caractérisés par une forte concentration de la population active dans l'agriculture. Cette concentration varie entre 60 et 90 % dans la plupart des pays africains et est généralement inférieure à 50 % dans les pays développés. Dans les pays en développement, il s'agit en général d'une agriculture non mécanisée où les bras constituent la principale force de travail. Les exploitations sont essentiellement de type familial, utilisant très peu la main-d'œuvre salariée.

Au Cameroun, 84,2 % de la population active occupée est constituée soit des travailleurs indépendants, soit des aides familiaux. Cette proportion est de 50,4 % dans la zone urbaine et de 93,5 % dans la zone rurale. Elle varie, selon les provinces, de 52,5 % au Littoral à 94,6 % dans les trois provinces septentrionales (Adamaoua, Nord, Extrême-Nord). Elle est encore inférieure à 80 % au Sud-Ouest. Par ailleurs, la répartition de la population active occupée par secteur montre que le primaire emploie 75,8 % de tous les actifs, contre 6,5 % pour le secondaire et 13,2 % pour le tertiaire ; 4,6 % des actifs sont à la recherche du premier emploi. (MINPAT - BCR, 1980).

Ces caractéristiques économiques ont des effets directs ou indirects sur la fécondité.

D'abord, le niveau des revenus monétaires et non monétaires dépend de la force de travail déployée, c'est-à-dire du nombre de bras engagés ou en définitive de la dimension de la famille. C'est d'ailleurs l'avis de Thérèse LOCOH (1988) qui affirme, en ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest, que "dans beaucoup de zones rurales, c'est celui qui peut mettre, à un moment donné,

le plus de travailleurs sur son champ, qui tirera le meilleur de la terre et des pluies ; le chef d'une nombreuse famille est, en cela, favorisé". Paul-Théodore MBAGUIA (1988) renchérit en reconnaissant que, "dans les sociétés qui reposent sur l'agriculture, l'enfant représente une paire de bras supplémentaires et une garantie pour la sécurité des parents, une fois qu'ils sont âgés". En définitive, les enfants constituent, sur le plan économique, la plus grande richesse dans nos sociétés essentiellement agricoles, alors que "dans les sociétés industrialisées, la naissance d'un enfant signifie pour les parents l'obligation à long terme de pourvoir, pendant de longues années, à son éducation, pour que l'enfant trouve finalement un travail en dehors du cercle familial" (MBAGUIA, 1988).

Ensuite, l'agriculture de type familial génère généralement très peu de revenus pour faire face de manière optimale aux besoins d'une grande famille, surtout que pendant très longtemps l'accent a été mis sur les cultures de rente, parfois au détriment des cultures vivrières. Or, le pouvoir d'achat résultant des revenus tirés des cultures d'exportation ne cesse de se détériorer à cause de l'inflation et des coûts des produits importés (1). Souvent, ces revenus s'avèrent insuffisants pour faire face aux besoins essentiels des ménages. Il en résulte un état permanent de pauvreté, favorisant la morbidité et la mortalité des enfants qu'il faut absolument remplacer. OCHOLLA-AYAYO (1988) explique d'ailleurs pourquoi les Africains restent insensibles devant l'argument économique des agents de la planification familiale : "*They are telling parents that in Africa economic planners have failed to produce enough to increase Gross National Income. But the parents are also telling them, that there is fear for foetal loss, fear for still birth, fear for infant death, of security at old age. They also telling the planners to reduce these facts first before trying to control their births*". C'est dans ce contexte que l'adage selon lequel "le lit du pauvre est toujours très fécond" prend toute son importance.

1.3 - La sécurité sociale

Les conditions économiques et les garanties sociales existantes font que la grande majorité des parents fondent leur sécurité sociale uniquement sur leur descendance. En effet, le volet "maladie" de la sécurité sociale n'existe que dans quelques entreprises publiques, para-publiques ou privées ; le volet "pension de retraite" ne concerne que les salariés qui ne représentent qu'une très faible partie de la population active occupée, soit 14 % au recensement de 1976.

Ainsi, les parents qui, déjà au cours de leur vie active, doivent compter sur les aides de leurs enfants pour "joindre les deux bouts", sont entièrement et

(1) - En dépit de l'augmentation des prix parfois consentis aux producteurs.

uniquement à la charge de ceux-ci pendant leurs vieux jours. Il est donc tout à fait normal que les parents considèrent les enfants comme leur assurance vieillesse et en augmentent autant que possible le nombre.

1.4 - Le soubassement culturel et considérations politiques

Les us et les coutumes constituent le principal fondement des comportements humains. Ils sont, en effet, d'une part, la résultante historique quasi permanente, c'est-à-dire ayant une très forte résistance au changement, des multiples paramètres de l'environnement social et, d'autre part, la base de référence du contrôle social.

En matière de procréation, les sociétés africaines en général, les sociétés camerounaises en particulier, accordent une place de premier plan à l'enfant. Sa naissance, quel que soit le rang, est considérée comme un témoignage visible de la grâce de Dieu sur la famille et est toujours l'occasion de grandes réjouissances et parfois d'offrandes en signe de reconnaissance envers Dieu. Dans ces conditions, un enfant supplémentaire renforce l'espoir en l'avenir.

La famille traditionnelle a pour rôle essentiel la reproduction biologique et sociale. Elle "s'agence autour de la procréation ; il n'y a rigoureusement de famille qu'autour et avec des enfants, de préférence en grand nombre et grouillant de vitalité" (TETTEKPOE, 1988). En plus de sa dimension économique évoquée plus haut, l'importance attachée à une famille nombreuse est également métaphysique et politique. L'aspect métaphysique réside dans le fait que la procréation est considérée en Afrique comme une reconquête de l'immortalité. C'est ainsi qu'on affirme qu'aussi longtemps qu'il y a des membres de la famille pour se souvenir d'une personne décédée, celle-ci n'est vraiment pas morte. Dans les sociétés Bamiléké par exemple, les enfants doivent porter les noms des grands-parents, des parents, des collatéraux des parents, des grands amis du couple, tant du côté de l'époux que de celui de l'épouse, mais avec une préséance pour la famille du mari. Cette pratique onomastique exige une taille minimum de la famille de huit enfants. Par ailleurs, le successeur prend tous les attributs du défunt, y compris son nom. Chez les Baham (tribu bamiléké), seul l'héritier du chef garde son nom. En outre, la générosité et l'humanisme d'une personne décédée se mesure au nombre d'enfants qui portent son nom. C'est le cas du nom "KAMDEM" qui, dans cette tribu, éternise le souvenir d'un chef ayant sauvé la communauté au moment de grandes famines et contribué à son développement et à sa prospérité.

Ainsi, le grand espoir de l'individu, de la communauté et de la société en général, est que chacun se marie et ait beaucoup d'enfants. B.C. LEWIS relève, en conclusion d'une étude sur les femmes à Abidjan, que "la faculté de pouvoir engendrer et la fierté d'avoir une famille nombreuse sont toujours

des valeurs fortes et répandues". (TETTEKPOE, 1988). Un couple sans enfant est socialement inadmissible et à peine toléré, car le but ultime du mariage est les enfants. A défaut de répudier les femmes stériles, on a généralement recours à la polygamie, en prenant dans certains cas (chez les Bèti du Cameroun) même la sœur ou la cousine de sa femme. Quant à la stérilité masculine, elle est en général très peu perceptible. En effet, l'infidélité de la femme, dans certains cas et sous certaines formes, est socialement admise, dans la mesure où les enfants issus des rapports coupables sont toujours ceux du mari légitime. Les grands polygames sont en général moins regardant sur la vie sexuelle des femmes qui peuvent avoir "des chercheurs de bois", même parmi les serviteurs du mari.

Quant à l'aspect politique de la procréation en Afrique, il réside sur le fait que la valeur et la puissance sociales d'un membre de la communauté dépendent avant tout de sa progéniture. Dans la société traditionnelle Baham, l'entrée dans certaines sociétés secrètes était subordonnée au don au chef par le candidat de 90 filles. On a recours en conséquence à la polygamie pour augmenter sa descendance, tout en sauvegardant la santé et la vie des mères par un grand espacement des naissances. La polygamie, qui est l'une des formes d'unions légalement reconnues au Cameroun, a un taux d'environ 24 % au niveau national, de 19 % en zone urbaine et de 25 % en zone rurale. Le nombre moyen de femmes par polygame tourne autour de 2,5 (MINPAT, BCR, 1980).

Il apparaît donc que le soubassement culturel des populations est un déterminant important de leur fécondité. La particularité des ethnies camerounaises est leur prédisposition à une fécondité élevée. Angela MOLNOS note la même aspiration populationniste à l'issue d'une enquête sur la fécondité en Afrique de l'Est : *"In mostly all societies covered by this survey, there was a persuasive sentiment that it was good to have numerous progeny. The general and diffuse motives accompanying this sentiment were that many children meant wealth, prestige and blessings of god and ancestors... The more precise reasons for wanting many children... were : to continue the lineage and commemorate the ancestral spirits ; to acquire social power..."* (TETTEKPOE, 1988).

L'analyse des quatre fondements de la procréation, dans les pays en développement, nous permet de conclure que ceux-ci conduisent nécessairement à une forte fécondité. Il serait donc très abusif d'affirmer ou de laisser croire qu'une forte fécondité résulte de l'irresponsabilité des parents. La divergence résulte, comme nous l'évoquions au début de cette section, de la différence entre le cadre de référence des promoteurs et animateurs de "la parenté responsable" essentiellement malthusien et celui de la population cible plutôt populationniste.

II - PEUT-ON INFLUENCER A LA BAISSSE LA FECONDITE AU CAMEROUN ?

La section précédente nous a permis de mettre en évidence les principaux fondements de la procréation au Cameroun. S'interroger sur l'évolution de la fécondité revient à se poser des questions sur la résistance de ces fondements face aux mutations de la société.

2.1 - La mortalité

La mortalité est en principe une des grandes préoccupations des pays en développement. La part du budget des Etats consacrée à la santé l'atteste dans la plupart des cas, même si les allocations demeurent largement inférieures aux besoins réels.

On constate une tendance générale à la baisse du taux brut de mortalité et de la mortalité infantile dans presque tous les pays. Mais, ce qu'on déplore le plus, c'est l'allocation peu judicieuse des ressources disponibles qui freine sensiblement le rythme de la baisse de la mortalité. La médecine curative dans les formations hospitalières absorbe l'essentiel des ressources financières, sans pour autant donner les résultats escomptés. Il se pose en général des problèmes de ressources humaines, d'équipements, d'approvisionnement en médicaments, de disponibilité même de formations sanitaires, d'accès de la population aux soins.

Or, la stratégie des mesures de "santé pour tous en l'an 2000" repose essentiellement sur les soins de santé primaires qui visent prioritairement la prévention de la maladie. Ces derniers ne bénéficient pas toujours de l'attention qu'on devrait leur porter.

En ce qui concerne particulièrement la vaccination, les enquêtes réalisées au Cameroun en 1988 par l'OCEAC (1) ont révélé que :

- a - la couverture vaccinale a baissé entre 1987 et 1988 ;
- b - 60 % seulement des enfants complètement vaccinés le sont correctement ;
- c - la couverture vaccinale est plus faible en zone rurale ;
- d - le vaccin contre la rougeole (maladie la plus meurtrière) est le moins réussi parmi tous les vaccins. (KAMDOUN, 1990).

En définitive, une politique porteuse dans la lutte contre la mortalité doit viser prioritairement à l'élimination des maladies infectieuses et parasitaires, élimination qui ferait gagner plus de 12 ans en espérance de vie à la naissance

(1) - Organisation de Coopération pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale.

(KAMDOUM, 1990). La mise en œuvre de cette politique ne relève évidemment pas des seuls services de la santé. En effet, les actions d'assainissement de l'environnement, fourniture d'eau potable, de mise à disposition d'une alimentation équilibrée, etc, qui sont des actions de base indispensables, sont très éloignées des préoccupations immédiates de ces services. Même l'immunisation par la vaccination qui, à première vue, les concerne, dépend, pour sa réussite, du niveau d'éducation de la population en général et des femmes en particulier. Cette éducation leur permettrait de bien comprendre le rôle de la vaccination, de collaborer et de participer pleinement pour que les enfants soient complètement et correctement vaccinés. De même, un réseau routier adéquat est nécessaire pour pouvoir toucher toutes les localités du pays. Il en résulte donc que la stratégie des soins de santé primaires, qui est la seule démarche vraiment pertinente pour assurer une santé permanente, exige notamment la participation de toutes les structures de la vie nationale et de toute la population, à la fois pour sa conception et sa mise en œuvre. Beaucoup d'efforts restent donc à faire qui présagent un ralentissement de la baisse de la mortalité.

2.2 - Les conditions économiques

La crise politique et économique qui sévit actuellement ne laisse prévoir aucun changement positif notable à moyen terme dans les pays en développement sur le plan des conditions économiques et sociales. L'agriculture restera encore pour longtemps de type familial et à forte intensité de main-d'œuvre. Seule une mécanisation à grande échelle, qui n'est pas encore une priorité concrète, pourrait à terme limiter le recours massif aux bras dans ce secteur de base de l'économie et rendre caduque la nécessité d'une famille nombreuse fondée sur des préoccupations essentiellement économiques. Par ailleurs, une politique de mécanisation de l'agriculture suppose nécessairement une nouvelle stratégie de gestion de l'espace national et des moyens importants aux exploitants agricoles pour l'acquisition des équipements adaptés. Elle n'est donc réalisable qu'à très long terme. Enfin, l'érosion quasi permanente du pouvoir d'achat des paysans rend plus indispensables que jamais les revenus supplémentaires apportés par les enfants.

2.3 - La sécurité sociale

En matière de sécurité sociale, aucune extension n'est encore envisagée en direction de la grande majorité de la population rurale et même urbaine. C'est dire que beaucoup de parents fonderont encore pour longtemps leur sécurité sociale sur leurs enfants.

Mais, les agents du planning familial font observer que l'économie est incapable de fournir les équipements sociaux de base et d'assurer une

sécurité socio-économique aux enfants de manière qu'ils puissent aider leurs parents pendant leurs vieux jours. En effet, les problèmes actuellement très aigus de santé, de formation et d'emploi rendent peut-être très aléatoire l'espoir que les parents placent sur leurs enfants, mais ont-ils pour l'instant une alternative ?

Cependant, l'horizon n'est pas complètement sombre. La prise de conscience de l'inadaptation de l'enseignement par les gouvernements des pays en voie de développement est aujourd'hui quasi générale. En effet, le nombre de sortants du système éducatif en chômage augmente de manière inquiétante, alors que certaines offres d'emploi sont insatisfaites parce que les profils des demandeurs ne sont pas conformes. La sonnette d'alarme est tirée ces dernières années avec un chômage aigu des diplômés de l'enseignement supérieur. On convient alors dans tous les pays de l'urgente nécessité d'une profonde réforme du système éducatif pour l'adapter à l'environnement socio-économique. Mais, pour atténuer à terme les problèmes d'emploi, cette réforme doit être envisagée comme une nouvelle philosophie de socialisation qui mette un accent particulier sur l'intégration dans les communautés de base sur la transformation de l'environnement immédiat et sur l'auto-emploi.

2.4 - Le soubassement culturel

L'évolution du soubassement culturel est particulièrement lente et n'est, dans les conditions normales, perceptible que sur plusieurs générations. Cette lenteur du changement social est renforcée en Afrique par le caractère communautaire de la vie en société qui fait que les assises sociales d'un individu transcendent le plus souvent sa valeur intrinsèque. Cet état de chose est d'autant plus accentué que, dans la plupart des pays africains, certaines pratiques administratives et politiques reposent sur l'appartenance ethnique ou tribale.

L'hétérogénéité du peuplement des villes devrait cependant favoriser l'évolution rapide des us et des coutumes. Mais, on constate que les comportements et valeurs traditionnels sont encore vivaces en milieu urbain à cause notamment des relations que conservent les migrants avec leur milieu d'origine.

En résumé, l'analyse des fondements de la procréation dans les pays en développement en général et au Cameroun en particulier, dans la perspective d'une baisse de leur résultante qu'est la forte fécondité, montre que cette dernière, à défaut d'augmenter peut, à la limite, rester constante à court et à moyen termes.

L'hypothèse d'une hausse de la fécondité se fonde sur :

- a - une baisse de la mortalité due à la réorientation de la stratégie en matière de santé, stratégie à axer prioritairement sur les soins de santé primaires ;
- b - un succès probable et possible de la lutte déjà engagée contre la stérilité et les maladies sexuellement transmissibles ;
- c - la dimension idéale moyenne de la famille qui est encore supérieure à la descendance totale. En effet, les femmes de 40-44 ans ont une descendance moyenne de 5,1 enfants dont 3,66 seulement sont vivants, alors qu'elles désirent avoir 8,3 enfants en moyenne.
- d - le maintien très probable d'une agriculture de type familial qui continuera à accueillir la population active ;
- e - l'absence d'une sécurité sociale pour la grande majorité de la population et sur la forte inertie du soubassement culturel qui sous-tendront encore pour longtemps la nécessité d'un plus grand nombre d'enfants.

L'hypothèse du maintien de la fécondité à son niveau actuel repose sur le fait que :

- a - en dépit de la baisse de la mortalité et de la stérilité, les conditions économiques de plus en plus difficiles vont pousser les parents, assurés de la survie de leurs enfants, à en limiter le nombre au niveau actuel ;
- b - la main-d'œuvre pour l'agriculture qui est une exigence de développement, s'accroîtra nécessairement dans les conditions de fécondité actuelles, dans la mesure où l'écart entre la descendance et le nombre d'enfants vivants va être très réduit du fait de la baisse de la mortalité ;
- c - il est généralement observé que "les sociétés qui ont expérimenté pendant des générations l'impérieuse nécessité des descendance nombreuses aient une expérience tangible de rupture d'équilibre pour prendre conscience de l'intérêt d'adopter un objectif familial différent et des techniques nouvelles pour y parvenir" (LOCOH, 1988) ;
- d - l'évolution rapide de l'urbanisation, avec ses problèmes de cadre de vie, d'emploi et de moyens de subsistance, mais aussi ses avantages relatifs en matière de santé, constitue un facteur de baisse de la fécondité, mais un facteur dont les effets sont fortement amortis par la qualité de cette urbanisation.

CONCLUSION

L'analyse qui précède montre déjà les grandes directions à suivre pour une politique de population comme la "parenté responsable", orientée à terme vers une baisse de la fécondité. Pour être pertinente, cette politique

doit nécessairement s'appuyer sur des programmes qui proposent des substituts pertinents aux fondements pro-natalistes de la procréation dans les pays en développement. Ainsi, la stratégie des soins de santé primaires est une arme efficace contre la mortalité, la mécanisation de l'agriculture un facteur important de transformation des conditions économiques et la généralisation de la sécurité sociale un élément déterminant du renforcement des garanties sociales individuelles.

Or, les actions actuelles de la politique de la "parenté responsable" sont, dans la limite de ce que nous en savons, orientées essentiellement vers l'information et l'éducation des femmes sur l'espacement des naissances, la prévention des grossesses et la solution des problèmes de stérilité. Dans ces conditions, il ne fait pas de doute qu'on débouchera sur un échec comme au Kenya, premier pays africain au Sud du Sahara à mettre en œuvre en 1967 un programme bien ficelé de planning familial ayant pour objectif de base la réduction de la taille de la famille. Mais, les données actuelles montrent que le Kenya a le taux d'accroissement naturel le plus élevé du monde (4,1 %), qu'il vient au second rang dans l'ordre décroissant des descendance finales moyennes des femmes (7,6 enfants) derrière le Rwanda (8 enfants), que son taux de mortalité (50 pour 1000) n'est dépassé que par celui du Malawi (51 pour 1000) et celui de l'Afghanistan (52 pour 1000) (UNFPA, 1990). Un rapport du Ministère Kenyan de la santé de 1975 affirme, à cet égard, que "sur l'ensemble des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, seulement 2,5 % ont accepté d'utiliser les contraceptifs après tant d'efforts" (OCHOLLA-AYAYO, 1988).

La situation actuelle, préparée de longue date par la colonisation à travers une politique de dépersonnalisation aux méthodes brutales et particulièrement répressives, de spoliation des colonisés et d'exploitation à outrance au profit de la seule métropole, amplifiée par un système post-colonial au service du capitalisme étranger en général et de la métropole en particulier, et aggravée par des dirigeants souvent plus acquis à la cause de l'extérieur qu'à celle de leur peuple, est d'une gravité certaine. Mais, la solution porteuse réside-t-elle pour les pays en développement à hypothéquer l'avenir de leur peuple en consacrant leurs maigres ressources intérieures et les prêts des organismes internationaux et des pays amis à des projets destinés à résoudre des problèmes dont on ignore les fondements, uniquement parce que de l'extérieur les mises en garde sont de plus en plus sévères et les pressions de plus en plus fortes ? Est-on seulement informé des moyens particulièrement importants mis en œuvre dans certains pays développés pour favoriser la natalité ? De toutes les façons, il convient de relever que l'accroissement actuel de la population des pays en développement résulte en général beaucoup plus de la nécessaire baisse de la mortalité que de l'augmentation de la fécondité.

En ce qui concerne le Cameroun, nous pensons que les préoccupations démographiques ne relèvent ni du nombre d'habitants à cause de la densité de la population agricole par hectare de terre arable qui n'est que de 0,9, ni même d'accroissement de la population qui résulte plus de la baisse tant souhaitée et recherchée de la mortalité que de la hausse de la fécondité et qui est plutôt de nature à permettre de combler rapidement le handicap démographique de certaines régions comme la province de l'Est où le faible peuplement entrave le développement.

Les problèmes démographiques du Cameroun sont plutôt liés à :

- a - une accentuation du déséquilibre de la répartition spatiale de la population, déséquilibre dû essentiellement à une gestion peu efficace du patrimoine foncier. Ainsi, de grands espaces à riches potentialités agricoles ne peuvent facilement être mis en valeur ;
- b - grand retard accumulé dans le domaine social, dû à une allocation et à une gestion peu judicieuses des ressources financières disponibles ;
- c - l'inadaptation du processus de socialisation qu'est le système scolaire actuel. En effet, l'école actuelle qui n'est pour l'essentiel qu'une copie conforme de l'école coloniale, déracine socialement et économiquement les enfants. Le renforcement ces dernières années du chômage des produits du système éducatif à tous les niveaux annule pratiquement les effets multiplicateurs des investissements éducatifs qui conditionnent pourtant le développement.
- d - l'extraversion de l'économie qui fait que la population subit directement les aléas du marché mondial, même au plan alimentaire ;
- e - un ensemble d'autres facteurs démobilisants et paralysants liés aux mentalités rétrogrades et à la gestion des affaires de la cité comme la sorcellerie, le dosage ethnique, la corruption, les détournements des deniers publics, le favoritisme, le marchandage des services, etc.

Il s'agit là de problèmes dont les solutions sont beaucoup plus politiques que financières, même si les deux aspects sont étroitement liés.

* *

*

BIBLIOGRAPHIE

- BANQUE MONDIALE - 1989, *Rapport sur le développement dans le monde 1989*, 281 P.
- KAMDOUM A. - 1990, *La situation sanitaire et statistique au Cameroun*, communication au séminaire atelier : formulation de la politique nationale de la population - Diagnostic de base, Yaoundé, 20-22 Février 1990, 34 p. mult.
- LOCOH T. - 1988, *La planification familiale en Afrique de l'Ouest à la croisée des chemins : difficultés et perspectives*, pp. 148-181, in colloque sur "information, éducation, communications et planification familiale en Afrique", 30 Octobre au 4 Novembre 1988 à Dakar, Documents de base, 250 p.
- MBAGUIA P.T. - 1988, *Pourquoi la planification familiale en Afrique ?* pp. 62-73, in colloque sur "information, éducation, communications et planification familiale en Afrique", 30 Octobre au 4 Novembre 1988 à Dakar, Documents de base, 250 p.
- MINEP - 1983, *Enquête nationale sur la fécondité du Cameroun 1978*, Rapport principal, Vol. I, 222 p.
- MINPAT - 1986, *VIe plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1986-1991*, Yaoundé, 325 p. + cartes.
- MINPAT - BCR, *Recensement général de la population et de l'habitat d'Avril 1976*, Vol. II, tome 2, 142 p.
- MINPAT - BCR, *Recensement général de la population et de l'habitat d'Avril 1976*, Vol. II, tome 3, 147 p.
- OCHOLLA-AYAYO ABC-1988, *Socio-cultural environment and family planning in Africa*, pp. 116-147, in colloque sur "information, éducation, communications et planification familiale en Afrique", 30 Octobre au 4 Novembre 1988 à Dakar, Documents de base, 250 p.
- PENOUIL M. - 1979, *Socio-économie du sous-développement*, Dalloz.
- TCHEGHO J.M. - 1989, *Les migrations scolaires au Cameroun*, thèse pour le Doctorat d'Etat ès-Lettres et Sciences Humaines, spécialités Démographie, Université de Paris I, XV-519 p.

- TETTEKPOE D.A. - 1988a, *Pourquoi la planification familiale en Afrique ?* pp. 23-50, in colloque sur "information, éducation, communications et planification familiale en Afrique", 30 Octobre au 4 Novembre 1988 à Dakar, Documents de base, 250 p.
- 1988b, *Environnement socio-culturel et planification familiale en Afrique*, pp. 182-212, in colloque sur "information, éducation, communications et planification familiale en Afrique", 30 Octobre au 4 Novembre 1988 à Dakar, Documents de base, 250 p.
- UNFPA - 1990, *The state of world population 1990*, New-York, 41p.

* *

*

**INTEGRATION DES VARIABLES DEMOGRAPHI-
QUES DANS LES PLANS DE DEVELOPPEMENT :
REFLEXIONS A PARTIR DE QUELQUES
EXPERIENCES EN AFRIQUE CENTRALE**

par

Alphonse TABI-ABODO

INTRODUCTION

Le Plan d'Action de Lagos, adopté par les Chefs d'Etats africains en 1980, a jeté les bases d'une réflexion pour un développement concerté, solidaire et durable dans une région du monde en proie à de sérieuses difficultés. Ce plan d'action favorise l'intégration des économies et des flux d'échanges de biens, de services ainsi que les déplacements de personnes dans une dynamique de cercles concentriques. L'un de ces cercles est constitué par l'Afrique Centrale qui comprend onze Etats regroupés au sein de la "Communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale". De l'avis de nombreux spécialistes, cette sous-région est certainement la plus nantie de l'Afrique subsaharienne du point de vue du potentiel de ressources dont elle regorge : ressources humaines, ressources naturelles, de sous-sol, ressources forestières, hydrographiques, etc. Elle se distingue donc nettement du Sahel, par exemple, moins favorisé.

Cependant, les progrès accomplis par l'Afrique Centrale ne sont guère plus prometteurs que dans les autres sous-régions de moindre potentiel. Quatre pays sont classés comme à revenus intermédiaires, mais sans une véritable démarcation du ban de la pauvreté si on se réfère aux indicateurs sociaux. Trois autres pays de cette sous-région sont justement classés parmi les "damnés de la terre" que sont les P.M.A. (pays moins avancés). Le reste des autres Etats est dans une stagnation latente qu'un homme politique a qualifiée "d'Afropessimisme".

Pratiquement, toute l'Afrique Centrale est engagée sans grand succès dans des programmes d'ajustement structurel. En juillet 1990, une conférence des Etats de l'Afrique Centrale s'est tenue à Kinshasa sous l'égide du Programme des Nations Unies pour le Développement, pour sortir de ce constat d'échec et rechercher les voies et moyens de définir de nouvelles stratégies de développement. Une des conclusions de ces importantes assises était que les méthodologies de planification devaient davantage insister sur l'intégration des variables démographiques dans les plans de développement, y compris les variables qualitatives (dimension socio-culturelle).

Bien qu'ayant visité la plupart de ces pays pour des concertations diverses, nous ne pouvons prétendre aborder dans ce texte tous les problèmes de planification qu'ils rencontrent. Nous notons seulement que les principes de pression démographique et de politique de population ont longtemps suscité des hésitations dans cette sous-région encore verte, forestière et inégalement peuplée. C'est peut-être plus le débat international sur les méfaits de l'accroissement accéléré de la population, l'impasse des politiques économiques actuelles et l'influence des bailleurs qui ont amené les décideurs et planificateurs à s'intéresser à la politique de population et à la prise en

compte des variables démographiques dans les réflexions à moyen et long termes. Aujourd'hui, le premier pas semble donc franchi mais la continuation est parsemée d'embûches ; la marche en avant doit s'organiser sur les questions d'amélioration des procédures : méthodologies, qualité de l'information et perspectives de coopération. Ce sont-là quelques pistes de discussions que nous amorçons.

I. L'INTEGRATION DES VARIABLES DEMOGRAPHIQUES DANS LE PROCESSUS DE PLANIFICATION : EMPIRISME DES THEORIES ET MODELES OU EMPIRE DES PRATIQUES ET USAGES ?

Il est indéniable que la planification du développement demeure une démarche hésitante en Afrique Centrale. Un seul pays sur onze a élaboré de 1960 à 1990 sans interruption six plans de développement quinquennaux. Deux autres en comptent cinq et la majorité des pays en est encore au deuxième ou troisième plan quinquennal. Deux des pays n'ont même pas de plans de développement ou ce qui pourrait être qualifié valablement de tel. Il est donc évident que le concept de planification reste encore vague dans beaucoup d'esprits et que, lorsqu'un plan de développement est formulé, il répond plus à une préoccupation de principe et de facilité de négociations avec les bailleurs que pour servir d'instrument de rigueur dans le choix des priorités et l'optimisation des résultats.

En général, la planification a par ailleurs été conçue du sommet vers la base, cette dernière étant très peu consultée tout comme les partenaires sociaux. Bien souvent, les plans ne sont publiés (et donc mis à la disposition du grand public) qu'à la deuxième ou troisième année d'exécution. Ils peuvent même devenir introuvables pour les jeunes planificateurs qui, dans les cas extrêmes, doivent constituer eux-mêmes des archives. La mobilité des cadres est un autre facteur aggravant d'absence de capitalisation de l'expérience.

Malgré ces limites, on peut néanmoins examiner l'évolution des cas de figures où deux plans de développement au moins existent. Les expériences les plus anciennes ont été inspirées de modèles théoriques et sans la possibilité d'un recul valable dans le temps des données d'observation. Ces plans étaient tous orientés vers les seuls objectifs de croissance économique. Pire encore, le schéma de l'économie coloniale était prolongé dans un modèle classique de la "périphérie", productrice de matières premières acheminées vers le "centre" ou l'ancienne métropole coloniale.

Ce n'est que bien plus tard avec des théories comme celles de la "croissance sans développement", des "besoins essentiels" et avec les acquis des conférences de Bucarest et de Mexico sur la population que les variables démographiques ont progressivement pris de l'intérêt. On s'était enfin rendu

compte, hélas tardivement, que les pays produisent ce que leur population ne consomme pas et consomment ce que leur population ne produit pas et la sécurité alimentaire est entrée dans le discours politique en Afrique Centrale, immense jardin naturel où tout pousse, contrairement au "polygone de la faim" (Sahel). La croissance économique (1) et la classification du Cameroun, du Gabon, du Congo et de l'Angola comme pays à revenus intermédiaires n'ont pas fait oublier que leur mortalité, leur niveau d'alphabétisation les distinguent à peine des P.M.A. comme la Tanzanie. Cependant, la remise en question des modèles classiques n'a fait que céder le pas à un pragmatisme qui est lui-même dépassé. En fait, il faut dynamiser d'abord toute l'infrastructure organisationnelle de planification.

II. INFRASTRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE PLANIFICATION

Les méthodologies de planification ne peuvent réellement être améliorées que dans la mesure où toute l'organisation du processus est efficace. Car, la planification et l'évaluation (qui sont intimement liées) ne sont pas de simples questions de recherche et d'expérimentation, mais obéissent à une logique de pleine participation de tous les acteurs du développement.

L'administration publique qui anime le processus de planification au niveau central doit veiller à reproduire ce processus au niveau de la région, du village. Sans un renforcement de l'infrastructure de planification, il est difficile d'améliorer la collecte, la diffusion et l'exploitation de l'information, par exemple, en cernant mieux sur le terrain le rôle et la contribution de tous les partenaires sociaux. Il est relativement certain que la santé et l'éducation ne peuvent s'améliorer par les seuls services de l'Etat. La population elle-même, le secteur privé et les ONG jouent un rôle décisif qui n'est pas toujours traduit dans les plans de développement.

La concertation verticale et horizontale, la dynamique de groupes sont donc finalement les règles du jeu en planification et évaluation. Voici, du reste, un schéma du style d'animation inspiré de l'exemple du Cameroun et dont des variantes se retrouvent également dans les cas du Zaïre, du Congo, du Gabon et probablement d'autres pays.

Le renforcement de la capacité organisationnelle et notamment des groupes de travail est un préalable à l'intégration des variables démographiques dans la planification du développement. Malheureusement, le schéma organisationnel présenté ci-dessous n'est exploité qu'au moment des "fièvres" de rédaction du plan, comme si le processus était ensuite interrompu.

(1) - Attribuable à la rente pétrolière (avec une nuance pour le Cameroun où la croissance a été continue de 1968 à 1986).

Fig. 1 - Exemple de structure organisationnelle de planification du Cameroun

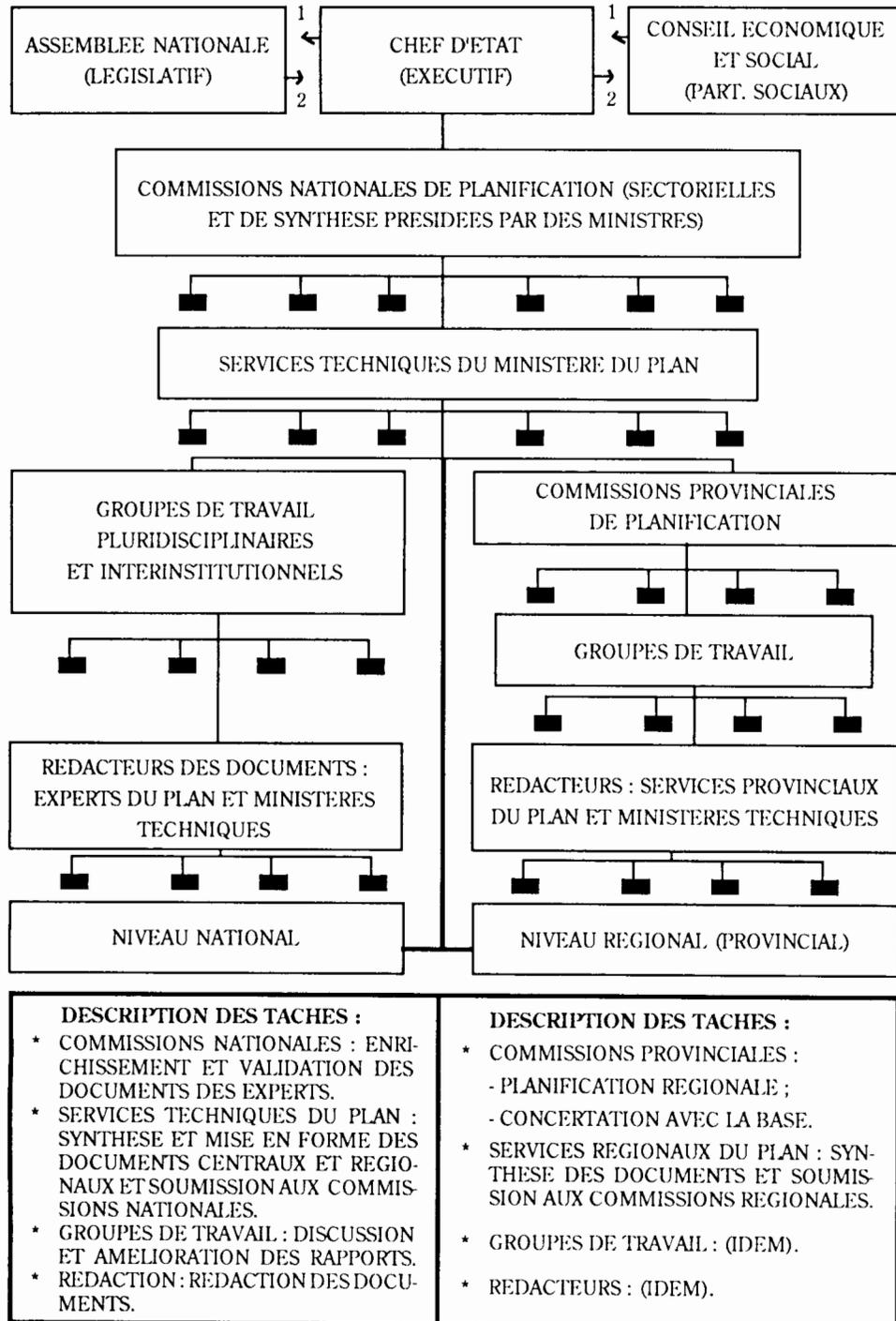
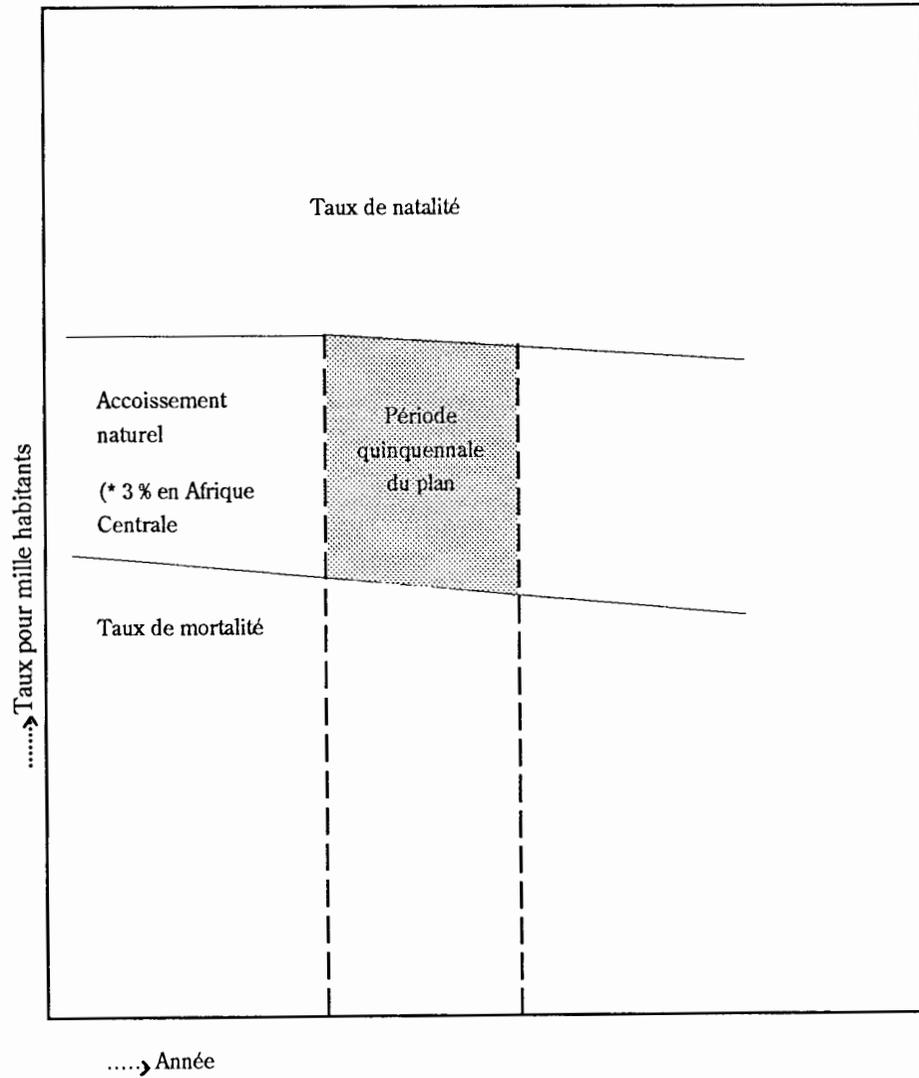


Fig. 2 - Phénomènes démographiques dans une vision à long terme



* *

*

Fig. 3

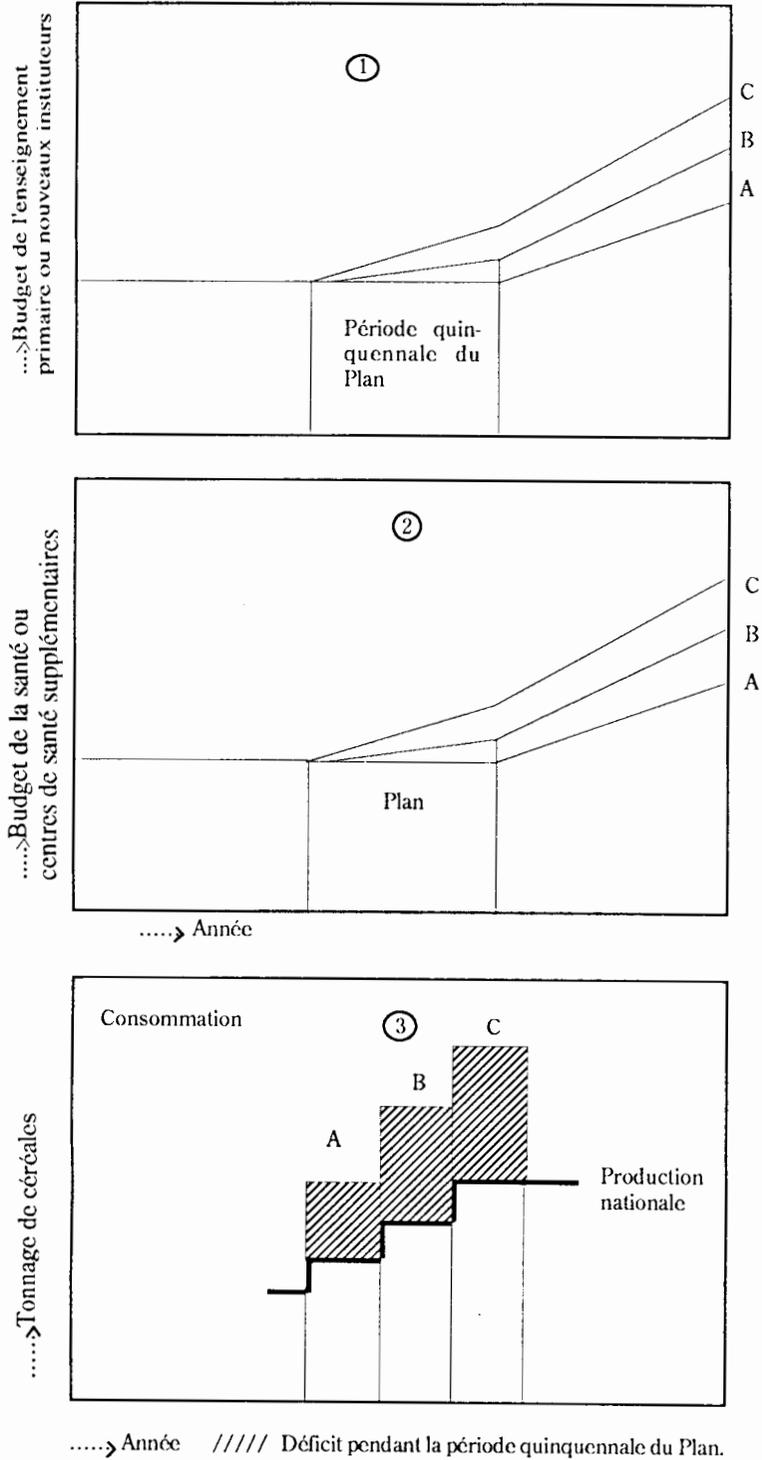


Illustration des tendances des besoins :
 (1) en enseignement primaire ;
 (2) en santé ;
 (3) en céréales selon 4 principales hypothèses d'évolution de la fécondité (A, B et C).

III. LA RECHERCHE DU CONSENSUS NATIONAL SUR LE DEFI DEMOGRAPHIQUE ET LA PROBLEMATIQUE DES BESOINS ESSENTIELS : APPROCHE QUANTITATIVE

Intégrer les variables démographiques dans la planification du développement suppose qu'un consensus national puisse être acquis sur certaines évidences des recherches. Sur ce point, les données démographiques, bien que souvent fragmentaires, semblent souvent les plus faciles à admettre dans les analyses de tendances. Dans toutes les simulations macro-économiques des plans de développement de la sous-région que nous avons eu à examiner, la relance économique est appréciée avec des taux de croissance pas trop souvent optimistes (3 à 7 %), finalement jamais atteints, alors que la croissance démographique se maintient comme une certitude.

L'une des premières évidences qu'il faut fixer dans l'esprit des planificateurs et des décideurs est la perspective démographique incontournable avec, en relief, l'augmentation accélérée de la population totale et urbaine et la demande subséquente de biens et services sociaux, dans un contexte où certains déficits sont déjà diagnostiqués aujourd'hui.

Il est utile que l'élan démographique soit bien perçu, car il permet une vision à long terme des tendances que le plan quinquennal peut commencer à infléchir. Le défi démographique se répercute sur l'ensemble de la vie économique et sociale. La coopération avec l'USAID et ses Agences d'Exécution (Futures Group, Options...) a joué un rôle remarquable dans nombre de pays pour illustrer les implications sectorielles de l'accélération démographique.

En général, les calculs prospectifs font ressortir des insuffisances importantes de ressources par rapport aux besoins de la population et des décisions importantes sont souvent à prendre entre :

- * une politique d'ajustement structurel privilégiant les infrastructures et la relance de la production pour soutenir la croissance et avoir des effets induits à terme sur le social ;
- * une politique d'ajustement à visage humain, se traduisant par la relance de la croissance sans exacerber le contexte social (programme d'ajustement des secteurs sociaux).

Le défi démographique gardé à l'esprit des planificateurs et des décideurs permet de définir une politique de population dont les objectifs seraient clairs aux yeux de tous, ainsi que des politiques sociales conformes aux aspirations de la majorité sans pour autant négliger l'outil de production et les infrastructures. En effet, la croissance est indispensable pour répondre à la demande sociale (on ne partage point la pauvreté mais l'abondance), tout

comme la production n'est pas possible sans la santé, le savoir-faire et la pleine participation de tous. Tels sont le dilemme et les réflexions fondamentales autour desquels la recherche du consensus national constitue un préalable.

IV. LA COMPOSITION DES DONNEES ET LE CHOIX D'INDICATEURS PERTINENTS RELATIFS A LA POPULATION

L'expérience conduite sur le terrain montre que tous les planificateurs n'ont pas la même sensibilité ni sur les concepts, ni sur le rôle des indicateurs. Sans indicateurs clairement définis et admis par tous, il est difficile de percevoir et mettre en évidence une situation stable qui se dégrade ou qui s'améliore.

Qu'il s'agisse de poser un diagnostic de la situation de départ (exemple un médecin pour 20.000 habitants), de fixer des objectifs d'une situation que l'on veut améliorer à la fin du plan (un médecin pour 10.000 habitants), ou d'évaluer à mi-parcours les progrès accomplis, les indicateurs constituent un centre d'intérêt privilégié. La population constitue souvent la référence pour la plupart des secteurs du plan, non seulement en planification des ressources humaines (politique de population, éducation, emploi, santé, rôle de la femme...), mais aussi pour analyser les normes d'équipements collectifs (accès à l'eau, à l'énergie...), apprécier la sécurité alimentaire, l'importance du marché de biens de consommation, les perspectives de flux d'échanges et de transport, etc.

Mais, les indicateurs que l'on croit les plus faciles à définir et à manipuler sont parfois les plus difficiles à cerner au moment précis de la préparation du plan et de son évaluation. Les estimations supposent elles-mêmes un minimum de statistiques : recensements, enquêtes, séries chronologiques. Souvent, il est fait appel aux techniques d'ajustement des données imparfaites. C'est dire la complexité de la tâche.

V. LA PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION REGIONALE ET LA CONCERTATION AVEC LA BASE

Il est de plus en plus admis que la planification procède de deux démarches complémentaires : l'une centrale, de spécialistes (planificateurs), qui prend naissance au sommet et descend vers la base et l'autre ascendante, qui fait le plus appel aux variables qualitatives (expression des communautés de base sur leurs problèmes de développement). Il est évident qu'une politique de population, une politique sociale, une politique de développement ne peut se concevoir en abordant, de manière exhaustive, toutes les réalités à partir de la capitale nationale.

Toutes les régions vivent-elles les phénomènes démographiques avec la même intensité ? En ce qui concerne les variables quantitatives, la densité de la population par exemple : là, dans une région spécifique, on parle avant tout du phénomène migratoire et de la surcharge des terres. Plus loin, ailleurs, n'est-il pas question de viabiliser l'espace vide, de lutter contre la sous-fécondité, la distance et le vide étant les plus grands ennemis ? Mais, les variables qualitatives (options, attitudes, pratiques) sont aussi indispensables à cerner pour construire ensemble l'avenir de la région, avec la participation de la population elle-même et des leaders locaux.

VI. LES MIGRATIONS ET LA DIMENSION SPATIALE : UNE APPROCHE PAR ESSAIS ET ERREURS

Les migrations sont un des phénomènes démographiques les plus difficiles à intégrer dans une stratégie de développement. D'abord, l'information sur la question est généralement moins analysée que la mortalité et la fécondité dont les estimations indirectes permettent d'apprécier l'évolution. Les recensements de population et les enquêtes cernent encore mal les migrations internes dans un contexte où la résidence des jeunes n'est pas toujours fixe. Dans les calculs prospectifs, les migrations internationales se résument souvent à un solde nul. Au plan quantitatif, cela n'est pas évident : le récent problème rwandais, la guerre du Tchad, les refoulements du Gabon (début des années 1980) ont clairement démontré l'importance numérique et le malaise des concentrations d'immigrés et réfugiés. Au plan qualitatif, la question de l'exode des cervaux (brain drain) ne peut être sous-estimée.

Peut-on se fixer des objectifs de migrations dans une stratégie de développement ? Les réponses données à une telle question ne sont pas explicites dans les plans de développement que nous avons examinés, mais des indices sérieux d'interventions initiées par des gouvernements laissent croire que seuls des projets opérationnels concrets assurent les chances de succès ou d'échecs.

Les modèles empiriques d'analyse des déterminants de l'exode rural donnent à ce phénomène :

- une dimension économique : différentiel des revenus réels ou des espérances de gain entre la ville et la campagne ;
- une dimension sociale et culturelle : tabous culturels surannés, mauvaise répartition de l'offre d'éducation et de santé ;
- une dimension globale de mal-développement : concentration des investissements dans les villes, aménagement régional inopérant.

Le phénomène de l'exode rural est de toute évidence une préoccupation majeure des pouvoirs en place. L'accélération de l'urbanisation est en effet récente avec l'avènement des indépendances. Alors qu'en 1960, la majorité des pays avaient à peine 10 % de population urbaine, aujourd'hui, le Congo totalise plus de 60 % de population en ville (dont 2 principales métropoles) (1) le Zaïre, le Cameroun et le Gabon approchent ou dépassent 40 % ; partout, l'accélération est effrénée.

Divers types de réponses ont été tentées. On peut citer ainsi le cas de Kinshasa où un train spécial fut mobilisé pour le refoulement en campagne des chômeurs : la majorité sauta des wagons dès la lisière de la ville pour regagner les quartiers ; cette ville compte aujourd'hui près de 4 millions d'habitants, ce qui correspond pratiquement à la population de bien des pays frontaliers. Des ceintures vertes ont également été essayées à la périphérie des métropoles pour coupler à la fois les avantages de la ville et la nécessité de faire vivre la campagne périphérique, mais aucune action d'envergure ne mérite qu'on s'y attarde.

L'idée de colonisation de terres rurales aménagées en campagne a également fait chemin, depuis l'époque coloniale. Si des cas de succès partiel peuvent être relevés dans le Nord-Cameroun (exploitation du coton et du riz par des autochtones et des immigrants installés) et le Nord-Kivu au Zaïre, les cas d'échecs ne manquent pas non plus (SODENKAM et Service Civique au Cameroun).

Les travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre sont également des projets testés sur le terrain : routes, chemins de fer, reboisement, exploitations agricoles, etc. L'expérience a cependant révélé que leurs coûts unitaires sont souvent élevés, que la formation est embryonnaire et que finalement les jeunes ne sont pas forcément stabilisés. Par contre, la fixation semble réussie dans le cas des villes-champignons issues de l'industrialisation des campagnes pour l'exploitation minière (quelques cas d'illustration au Zaïre) et pour l'agro-industrie un peu partout dans la sous-région, bien que les problèmes de gestion limitent l'impact de ces agro-industries.

Finalement, on se rend compte que l'aménagement du territoire et la distribution spatiale de la population à travers un vaste programme d'investissements et de répartition subséquente des établissements humains, constituent tout de même des stratégies de maîtrise du phénomène d'urbanisation et de lutte contre l'exode rural. Mais, il ne s'agit pas non plus de dire simplement que "la route passe et le développement suit" (2). Il s'agit plus, à partir des critères motivationnels identifiés par les modèles empiriques et du vécu sur le terrain à travers diverses expériences, de combiner plu-

(1) - En 1960, la population urbaine du Congo représentait déjà 26 % de la population totale du pays.

(2) - Il existe des cas où la route passe et tout se dépeuple vers la ville !

sieurs types d'interventions complémentaires, dans un contexte où le rôle de l'Etat est décisif pour les grands investissements (infrastructures par exemple), où le secteur privé doit être encouragé (industries du bois, agro-industries, mines, transformation...), où les O.N.G. et les communautés de base se sont révélées très porteuses d'initiatives pertinentes.

Sur les migrations internationales, l'exode des cerveaux, précédemment mentionné, n'a pas jusque-là trouvé une solution durable dans la sous-région. Autant certains pays pratiquent une politique de salaires jugée acceptable et d'encouragement de la recherche et de l'initiative créatrice, autant d'autres semblent indifférents à l'exil des meilleurs intellectuels. Examinée de près, la question de l'exode des cerveaux concerne tous les pays de la sous-région. Le marasme économique prolongé, les guerres civiles ouvertes ou larvées, les pas hésitants de la démocratie, le désinvestissement des entreprises étrangères viennent aggraver la situation.

En tout état de cause, cette dimension mérite, plus que par le passé, une attention particulière dans le plan de développement, pour notamment encourager la science et la technologie par le retour d'un personnel africain ayant acquis une expérience dans les pays industrialisés. La politique des salaires, des conditions de travail et de la productivité, l'encouragement à l'installation de promoteurs de projets, la gestion de l'assistance technique et de la consultation sont autant de pistes à creuser.

VII. ARTICULATION DES PHASES DU PLAN ET DEMARCHE D'INTÉGRATION DES VARIABLES DEMOGRAPHIQUES

Il n'est pas superflu de souligner encore que l'intégration des variables démographiques constitue un renforcement de la méthodologie générale de planification et non une démarche isolée ou parallèle. Sur le schéma simplifié d'illustration indiqué ci-après, il convient donc d'entrevoir une superposition possible des éléments de procédures :

La discussion antérieure a permis de montrer que certaines étapes sont des "passages obligés" vers l'intégration des variables démographiques dans le processus de planification.

La recherche classique a déjà permis de mettre en relief :

- l'identification des variables pertinentes ;
- la traduction des variables en indicateurs ;
- la qualification des indicateurs ;
- la définition des objectifs démographiques, économiques et sociaux en relation avec les indicateurs sélectionnés ;
- la formulation de politiques et stratégies (choix de scénarios) ;
- la programmation des actions, la mise en œuvre et l'évaluation.

Plusieurs méthodes et outils de prévisions (progiciels) sont aujourd'hui disponibles pour esquisser les projections démographiques détaillées, les projections scolaires, de population active, etc. Dans le cadre de la coopération des pays avec le FNUAP/BIT par exemple, la manipulation de tels outils fait partie des modules de formation. La formation à quelques logiciels (Lotus, DBase, Wordperfect) est également encouragée, tout comme des cycles en "population et développement", pour permettre aux jeunes planificateurs d'apprécier eux-mêmes les marges d'erreurs que les calculs prospectifs peuvent introduire et innover en introduisant des éléments d'appréciation que le contexte particulier qu'ils vivent impose. Le développement des compétences techniques nationales est donc un impératif toujours présent.

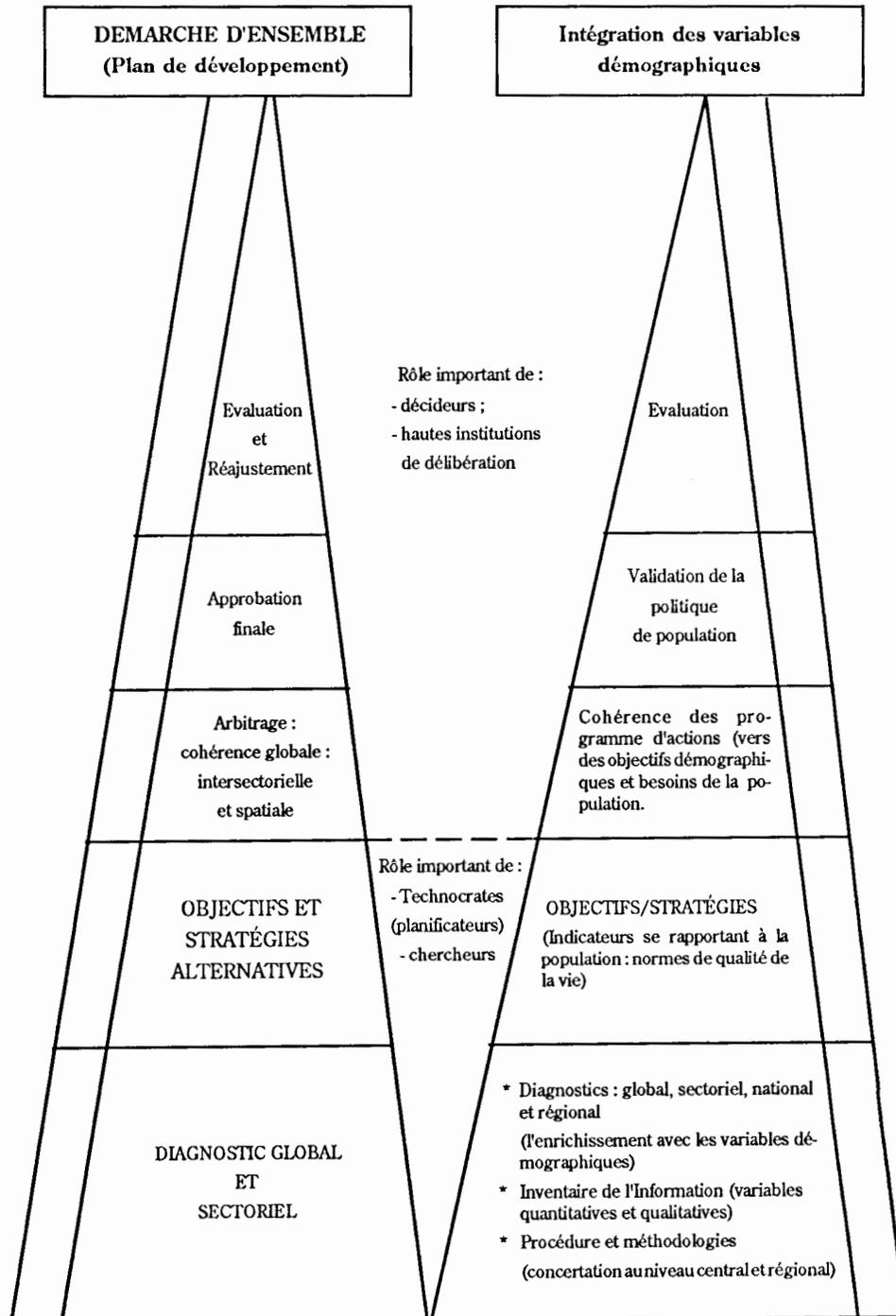
VIII. DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES TECHNIQUES NATIONALES

L'un des domaines où la coopération doit se poursuivre et se renforcer est sans doute la formation de spécialistes capables d'améliorer les méthodes de planification et d'évaluation, notamment par l'intégration des variables démographiques qui nous préoccupent ici. Le réseau de coopération s'est particulièrement diversifié au cours de la dernière décennie dans ce domaine, mais les résultats sont encore très limités. En plus de la formation initiale académique en économie, en démographie et disciplines connexes, le champ d'intervention s'est rapidement orienté vers la formation continue que nous avons déjà évoquée.

Dans un premier temps, les efforts de formation continue ont porté sur la sensibilisation des décideurs et de leurs collaborateurs sur la portée du défi démographique dans tous les secteurs de développement économique et social. Le rôle joué par le modèle RAPID dans cette voie mérite d'être souligné, ce d'autant plus qu'il a été rendu possible à quelques fonctionnaires locaux d'introduire eux-mêmes de nouvelles hypothèses de travail et des analyses explicatives qui puisent dans la tradition culturelle et les mentalités du moment. Les actions dans ce domaine de la sensibilisation sont à maintenir, car bien des pays d'Afrique Centrale ne disposent pas encore de politique de population judicieusement articulée et même dans les cas où les efforts dans cette direction sont avancés (Rwanda, Cameroun, Zaïre), il n'est pas certain qu'une différence substantielle existe sur le terrain entre ceux des pays qui veulent une politique de population et ceux qui ne disposent d'aucun document de référence. On a été tant habitué à la mauvaise exécution des plans de développement rédigés... Notons cependant que le modèle RAPID ne manque pas de faiblesses, notamment en ce qui concerne les hypothèses et la non prise en compte de certains paramètres non démographiques.

Dans un deuxième temps, on s'est rapidement aperçu que les modèles de sensibilisation n'étaient pas forcément des outils de planification éprouvés.

Fig. 4. Schéma simplifié des procédures de planification



Par exemple, dans une approche modulaire sur les tendances de l'éducation, il est facile, dans un modèle classique de sensibilisation, de ressortir les perspectives de demande sociale d'éducation (population scolarisable) et les efforts à fournir pour faire suivre l'offre d'éducation (écoles, enseignants...) si l'on ne veut pas aboutir à une descolarisation (baisse du taux de scolarisation). Mais, la sensibilisation va rarement plus loin que l'inquiétude qu'elle suscite en visualisant le défi à relever.

A ce stade, le travail du planificateur commence à peine. Il doit construire des scénarios et proposer des solutions optimales aux problèmes posés. En dehors des actions à mener dans le sens de la politique de population pour désamorcer progressivement la pression démographique, l'outil de planification doit permettre d'autres analyses complexes : par exemple, il ne faut pas dans tous les villages du pays construire nécessairement de nouvelles écoles ; bien souvent, il faut juste construire de nouvelles classes ou augmenter la capacité d'accueil par classe. Lorsqu'il est impératif de construire, il importe de réduire les coûts de construction par l'usage de matériaux locaux et l'investissement humain. Il faut également songer à l'adaptation permanente du contenu des enseignements aux réalités socio-économiques du pays et aux progrès technologiques. Le financement global de l'éducation est également une piste de réflexion. Dans les cas du Cameroun et du Zaïre par exemple, les experts ont reconnu que l'Etat seul ne pouvait supporter tout l'effort de financement de l'éducation et des lois-cadres ont été élaborées pour permettre à l'investissement privé (y compris les O.N.G.) d'intervenir avec plus de souplesse dans ce secteur. Ces lois étaient à peine formulées que les plus sévères sont venues limiter leur portée, fondées sur la préoccupation de voir l'Etat (qui est de plus en plus engagé dans les rigueurs de l'ajustement structurel) démissionner devant son rôle capital de formation de jeunes, au profit d'une éducation élitiste à laquelle seuls les enfants des ménages à hauts revenus pourraient prétendre.

Nous venons de montrer là les difficultés d'analyse des stratégies d'un secteur. Des cas similaires peuvent être développés pour la santé. Ces cas démontrent que les modèles classiques de simulation modulaire atteignent rapidement leurs limites, et la réflexion pluridisciplinaire intégrant tant les variables qualitatives que quantitatives renouvelle sans cesse les pistes d'orientation.

C'est dire que formation et recherche sur le terrain sont étroitement liées pour espérer améliorer le processus de planification dont les variables démographiques constituent un angle d'observation. Nous nous sommes aussi rendu compte que les responsables des services techniques de planification sont plus influencés par les mesures immédiates à effet perceptible, que par celles qui consistent à miser sur le long terme jugé incertain. Or, les variables démographiques s'insèrent mieux dans une vision à moyen et surtout à long terme.

Pour ne pas laisser l'impression de se soustraire à l'actualité brûlante pour scruter les seuls horizons lointains, la planification s'attache aujourd'hui à rechercher une meilleure articulation de l'immédiat avec le court, le moyen et le long termes. L'ajustement structurel (avec sa nouvelle dimension sociale) et les questions de la dette sont donc sérieusement pris en compte.

Certains pays sont tentés de rompre avec une planification quinquennale mécanique pour mieux harmoniser la vision des solutions immédiates et celle à moyen terme. Il est indispensable que l'apport des variables démographiques s'insère dans un tel processus. Le Cameroun, le Zaïre et le Congo, par exemple, ont négocié avec les bailleurs des programmes d'ajustement des secteurs sociaux en prolongement de l'ajustement macro-économique. En fait, la contradiction entre planification et programme d'ajustement structurel est un sérieux problème qui vient encore compliquer la situation des pays africains. L'embarras de ceux-ci est d'autant plus grand que l'essentiel du financement vient toujours de l'extérieur à l'image des modèles de développement.

Dans ce cadre, il a été jugé indispensable de tenir compte de la dimension population (adoption rapide d'une politique et sa mise en œuvre) en continuité et complémentarité d'une longue préparation entamée par le système des Nations Unies (FNUAP, O.I.T. ou D.T.C.D.) et la coopération bilatérale (USAID).

La question de l'endettement étant également à l'ordre du jour permanent des planificateurs et des décideurs, des réflexions ont également été tentées pour la lier aux variables démographiques, en s'intéressant, par exemple au choix des projets à financer, la priorité dans la sélection et l'évaluation étant accordées d'une part à ceux des projets qui ont plus d'impacts au niveau de l'amélioration de la qualité de la vie de la population dans son ensemble et, d'autre part, à ceux qui ont le plus d'effet sur la productivité et la mobilisation des recettes, l'autofinancement (revolving fond), l'adhésion populaire, etc.

Un autre exemple d'intégration des court et moyen termes tenté par les gouvernements avec l'appui du B.I.T., de la Banque Mondiale et d'autres organismes porte sur la question délicate de l'emploi et des revenus. Au-delà des théories et évidences empiriques relatives aux contraintes qui pèsent sur les économies des pays qui génèrent peu d'emplois stables et rémunérateurs, un réseau de spécialistes africains sur le marché du travail (1) est en train de se tisser pour renforcer la capacité d'analyse, de recherche et de coopération Sud-Sud dans ce domaine. Nombre de démographes-planificateurs et d'autres professionnels sont ainsi recyclés pour faire des projections tendanciennes

(1) - Projet de spécialistes africains du marché du travail : Institut International d'Etudes Sociales du BIT, Centre d'Economie du Développement (Université de Bordeaux I), avec le concours financier de la CEE, l'unité DSA de la Banque Mondiale et l'USAID.

de la population active et de son occupation, mais aussi et surtout pour répondre aux questions du moment : quelles sont les retombées des réformes administratives et de la compression des effectifs sur la rentabilité du système ? Quels sont les effets des restructurations des entreprises publiques et parapubliques sur le marché du travail ? Quelles sont les perspectives de création d'un fonds de réinsertion professionnelle ? Quelles sont les possibilités de dynamisation du secteur informel et les flux potentiels d'emplois stables ?

De tout ceci, il apparaît que la production de l'information et sa gestion rationnelle pour faciliter son utilisation régulière par les planificateurs sont également des conditions de progrès.

IX. DOCUMENTATION D'APPUI A L'INTEGRATION DES VARIABLES DEMOGRAPHIQUES DANS LE PROCESSUS DE PLANIFICATION

La documentation et l'archivage ont très longtemps été négligés en Afrique. Ce fait trouve peut-être explication dans la tradition orale millénaire, mais aussi dans le fait que la prospective qui prend appui sur l'analyse du passé et du présent a été négligée au profit d'une gestion de l'immédiat.

Aujourd'hui, il apparaît très clairement que la documentation et l'archivage sont des questions essentielles pour enrichir le processus de planification. Nous connaissons des cas où les premiers plans de développement, les études les plus sérieuses menées sur le pays, ne peuvent réellement être consultés que dans les anciennes métropoles coloniales. Intégrer les variables démographiques dans le processus de planification suppose donc que l'on accorde une place de choix à la gestion de l'information :

- les données démographiques et sociales disponibles sont incomplètes, partielles, insuffisantes ; cette conclusion maintes fois enregistrée suppose que l'on puisse faire un tour d'horizon exhaustif de tout ce qui existe. A vrai dire, ce n'est pas toujours le cas ;
- les nouvelles études à entreprendre sont subordonnées également à un tel inventaire pour éviter les répétitions inutiles et compléter, le cas échéant, les analyses. L'une des sources les plus utilisées par les planificateurs en matière de population est le recensement démographique. La majorité des Etats de l'Afrique Centrale dispose d'au moins un recensement scientifique. Le problème le plus sérieux est que le recensement est rarement exploité de manière exhaustive. Dans certains cas, les résultats ne sont même pas publiés ou alors les données provisoires tendent à se perpétuer. Les analyses poussées des phénomènes démographiques et sociaux (mortalité, fécondité, migrations, activité

économique, scolarisation) ne sont pas entreprises dans tous les cas. Pourtant, le recensement constitue lui-même un point de départ pour fournir la base de sondage d'autres enquêtes spécialisées auprès des ménages (nutrition, emploi, budgets/consommations etc).

Intégrer les variables démographiques dans le plan de développement, revient aussi à prescrire de nouvelles analyses et enquêtes complémentaires susceptibles d'éclairer le décideur, de permettre d'évaluer les indicateurs. Comme on l'a vu, les données démographiques sont indispensables pour la formulation du plan (diagnostic, objectifs et stratégies) mais aussi pour l'évaluation continue de ce plan lors de son exécution. Nous l'avons également relevé, les structures de planification qui disposent de récents centres documentaires, ne sont pas habitués à gérer l'information directement utile au planificateur.

C'est pourquoi, avec l'aide notamment des Nations Unies, les "Unités de Planification de la Population" basées au sein des ministères du plan ont, entre autres missions :

- d'établir des bibliographies sur la population et les ressources humaines pour aider à l'inventaire des connaissances sur ces questions ;
- de gérer des unités documentaires pour permettre au planificateur de mettre rapidement la main sur l'information utile. Un "centre d'excellence" interafricain fonctionne en Côte-d'Ivoire sous l'égide du CIADFOR (1) capable d'apporter un sérieux appui aux autres pays pour la mise en place d'unités documentaires.

Au Cameroun et au Zaïre, des contacts ont été pris avec le CEPED (2) de Paris pour adapter l'utilisation d'un progiciel performant de gestion d'une base de données bibliographiques (Texto). Ce progiciel est actuellement installé dans ces deux pays et la coopération doit en principe se poursuivre pour développer une expertise locale dans ce domaine. Des liens existent également avec la C.E.A. (3) pour créer un réseau inter-centres (POPIN-Africa) et méritent d'être renforcés.

En dernière analyse, l'échange d'information, des expériences et des méthodologies en matière d'intégration des variables démographiques dans la planification s'appuiera, dans les années à venir, sur ce créneau de réseau documentaire par trop longtemps négligé.

(1) - Centre Inter-Africain pour le Développement de la Formation Professionnelle.

(2) - Centre (français) sur la Population et le Développement.

(3) - Commission Economique pour l'Afrique (Nations Unies).

AFRIQUE CENTRALE

Indicateurs de développement des ressources humaines

	Population Totale (millions) - 1988	Superficie (000 km ²)	Revenu par tête 1988 \$	Espérance de vie à la naissance (1988)	Taux d'ana- lphabé- tisme (%) 1985		Taux brut de mortalité (1988)	Habitants/médecins (1984)	Calories par jour (1986)	Taux de scolarisation primaire (1987)	Population ayant accès à l'eau potable 1985-1987
					F E M M E	T O T A L					
A) FAIBLE REVENU											
*TCHAD	5,4	1284	160	46	89	75	19	38360	1.717	38	-
*ZAÏRE	33,4	2345	170	52	55	39	14	-	2.163	-	33
*GUINEE E- QUATORIALE	0,35	28	216	46	-	55	20	69400	-	-	-
*BURUNDI	5,1	28	240	49	74	66	16	21120	2.343	-	26
*SAO TOME PRINCIPE	0,12	1	282	65	-	50	9	3.079	-	-	-
*RWANDA	6,7	26	320	49	67	53	18	34680	1.830	64	50
*R.C.A.	2,9	623	380	50	71	60	15	23530	1.949	49	-
B) REVENU INTERME- DIAIRE											
*CONGO	2,1	342	910	53	45	37	15	8.320	2.619	-	21
*ANGOLA	9,4	1247	-	45	-	59	20	17790	1.880	-	30
*CAMEROUN	11,2	475	1010	56	55	44	13	-	2.028	-	33
*GABON	1,1	268	2970	53	47	38	16	2.790	2.521	-	92

Sources : * UNDP : Human Development Report, 1990

* World Bank : World Development Report : 1990

CONCLUSION

Ce texte a peut-être suscité des doutes et des espoirs à la fois. Cela traduit le malaise actuel de la planification du développement dans une région du monde potentiellement favorisée que constitue l'Afrique Centrale. L'intégration des variables démographiques suppose au préalable de donner foi et rigueur aux plans de développement, de mettre fin aux errements dans les méthodologies et la gestion de la mise en ces plans.

Plusieurs conférences se sont déjà tenues en Afrique sur la population et la planification, ou sur le développement sectoriel (éducation, santé, etc) ; les Nations Unies et d'autres bailleurs appuient les gouvernements en la matière dans presque tous les pays considérés ; des cadres ont été formés dans diverses institutions et sur le terrain (en quantité insuffisante pour certains pays), mais au bout du compte, les progrès accomplis restent maigres. Nous n'avons donc pas voulu insister longuement sur les contraintes qui reviennent en leitmotiv dans toutes les conférences (qualité de l'information, existence et motivation des ressources humaines appropriées, etc) qui sont certes des problèmes réels, mais pas des excuses face à l'absence de réelle volonté politique et à la défaillance de systèmes d'organisation qui se cherchent, avec l'émergence attendue de jeunes démocraties.

L'espoir est encore permis au niveau de la responsabilité des Etats. En matière de coopération, ce qui a déjà été fait est important, mais demeure malgré tout insuffisant. Nous avons souligné que l'axe central de cette coopération demeure probablement le renforcement des compétences locales à travers les actions suivantes :

- la poursuite de la formation ;
- la recherche et ses applications pour mieux utiliser les données démographiques, notamment le renforcement de la modélisation ;
- la sensibilisation des décideurs pour l'approbation et la mise en œuvre des politiques de population, articulées avec les plans de développement et la vision de la société à moyen et long termes ;
- la gestion de bases de données et d'unités documentaires ;
- l'organisation récurrente des échanges d'informations et de méthodologies, facilitée par les conférences et l'inter-connexion des unités documentaires nationales.

Mais, les contraintes imposées par les programmes d'ajustement structurel ne trouvent pas encore un terrain de conciliation avec la nécessité d'une organisation planifiée de l'économie.

BIBLIOGRAPHIE

1. FAROOQ, G. (1981) : *Population, ressources humaines et développement : vers une planification globale*, Revue Internationale du Travail, 3.
2. FAROOQ, G. ; PERNIA, E. (1988) : *La planification intégrée de la population, des ressources humaines et du développement : pourquoi elle est nécessaire et comment elle peut être réalisée*, Bulletin démographique des Nations Unies, ns 23/24.
3. FAROOQ, G. ; Mac KELLAR, F.L., (1990) : *Les tendances de la population, de l'emploi et du développement : une planification intégrée s'impose*. Revue trimestrielle du Travail, vol. 129, 1990, n 3.
4. TABI ABODO A. et al. (1988) : *Population , Ressources et Développement du Cameroun*, Ministère du Plan, Yaoundé.
5. TABUTIN D. et al. (1988) : *Population et société en Afrique au Sud du Sahara*, l'Harmattan, Paris.
6. The Futures Group (1983) - Cameroun : *Relations entre les facteurs démographiques et le développement*, modèle RAPID (Resources for the Awareness of Population Impacts on Development).
7. UNDP (1990) : *Human Development Report 1990* Oxford University Press.
8. Université de Kinshasa (août 1989) - Cahiers Economiques et Sociaux, Article de KATUSISAKO di MALENGA sur "*L'intégration des variables démographiques dans la planification du développement : méthodologie et aperçu général du problème*", pp. 5 - 26.
9. World Bank (1990) : *World Development Report 1990*, Oxford University Press.

* *

*

**CONNAISSANCE DU SIDA DANS LES PROVINCES
DU NORD-OUEST ET DU SUD-OUEST
AU CAMEROUN**

par
HANTA RAFALIMANANA

INTRODUCTION

Cet article se propose de faire une brève description de la connaissance que les populations des provinces du Nord-Ouest et du Sud-Ouest au Cameroun ont du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) et du virus d'immuno-déficience humaine (VIH). La source de données est principalement l'enquête sur les "connaissances, attitudes, pratiques et croyances relatives au SIDA" effectuée par l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD-Yaoundé) dans les provinces concernées. Elle a été financée par la "**Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit**" (GTZ).

Signalons que le Cameroun compte dix provinces et que celles du Nord-Ouest et du Sud-Ouest y constituent les deux régions d'expression anglaise. Au recensement général de la population et de l'habitat de 1987, la province du Nord-Ouest comptait 1.237.348 habitants dont 22 % vivant en milieu urbain. Quant à la province du Sud-Ouest, elle comptait 838.042 habitants avec un taux d'urbanisation de 31 %. Ces deux provinces qui totalisent 20 % de la population du pays, figurent parmi celles où la population reste encore attachée aux valeurs traditionnelles (NKWI P.N., WARNIER J.P., 1982).

Le principal objectif de l'enquête était de permettre aux responsables nationaux de la lutte contre le Sida d'apprécier les "connaissances, attitudes, pratiques et croyances" (CAPC) relatives à cette maladie des populations des provinces concernées afin de mieux les éduquer et informer en vue de la prévention de l'infection à VIH.

L'enquête s'est déroulée en juillet et août 1990 et a porté sur un échantillon représentatif de 1091 personnes âgées de 15 à 59 ans. Elle s'est appuyée sur un questionnaire individuel qui met l'accent sur les connaissances, attitudes, et croyances concernant le VIH/SIDA. Ont été en outre recueillies des informations sur les caractéristiques démographiques et socio-culturelles des populations enquêtées. Enfin, le questionnaire comportait quelques questions sur les comportements sexuels, les préservatifs (connaissances et attitudes), la pratique des injections et l'usage des drogues et des boissons alcoolisées.

Le questionnaire s'est beaucoup inspiré du questionnaire CAPC élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1988.

L'échantillon de l'enquête est un échantillon aréolaire stratifié à trois degrés. Quatre strates formées par les zones urbaines et rurales de chaque province ont été retenues. Compte tenu de l'importance numérique des strates rurales et de la particularité du phénomène étudié dans les strates urbaines, le taux de sondage a été triplé dans celles-ci de manière à pouvoir y disposer d'échantillons de taille acceptable (HOUEHOUGBE et al., 1990).

I. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ENQUETEE

Les 1091 personnes enquêtées se répartissent comme suit selon le milieu de résidence : 476 appartiennent au milieu rural et 615 au milieu urbain.

Dans l'ensemble, une large proportion de ces personnes a déjà entendu parler du Sida (70 %). Néanmoins, il existe une grande disparité selon le milieu de résidence et dans chaque milieu de résidence, selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et la religion.

En milieu rural, seulement la moitié (51 %) ont déjà entendu parler du Sida alors que cette proportion est de 85 % en milieu urbain.

Il ressort du tableau 1 que la proportion de ceux qui ont déjà entendu parler du Sida est nettement plus élevée chez les jeunes âgés de 20 à 29 ans que chez les adolescents ou chez les adultes plus âgés, chez les hommes que chez les femmes, chez les personnes instruites que chez les personnes peu ou pas du tout instruites et, enfin, chez les personnes de religion non musulmane.

Appelons "Groupe informé", le groupe des 764 personnes qui ont déjà entendu parler du Sida et "Groupe non informé", le groupe des 327 personnes qui n'en ont jamais entendu parler. Les caractéristiques générales de chacun de ces deux groupes sont exposées ci-après.

I.1. Milieu de résidence

La majeure partie (69 %) du "Groupe informé" appartient au milieu urbain alors que, dans le "Groupe non informé", elle appartient au milieu rural (72 %).

I.2. Durée de résidence

Le "Groupe informé" est composé en majorité de migrants dont la durée de séjour est égale ou dépasse un an (51 %), tandis que l'autre groupe est constitué en majorité de natifs (52 %). Cette structure est liée à la prédominance de ceux qui habitent en zone urbaine dans le premier groupe et de ceux qui vivent en zone rurale dans le second groupe, l'immigration étant faible en zone rurale.

* *

*

Tableau 1. Pourcentage des personnes ayant entendu parler du Sida selon le milieu de résidence, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et la religion.

	Milieu de résidence			
	Rural		Urbain	
	%	Eff. total	%	Eff. total
Age				
15-19	58	113	89	161
20-29	71	130	96	234
30-39	48	94	84	110
40 et plus	27	139	56	110
Sexe				
masculin	63	210	91	293
féminin	41	266	79	322
Niveau d'instruction				
sans	21	212	40	98
primaire	68	205	83	246
secondaire et plus	97	59	99	271
Religion				
chrétienne	54	431	86	581
musulmane	0	4	43	14
autre	13	39	79	19

I.3. Age

Le "Groupe informé" est jeune : 69 % ont entre 15 et 30 ans. Le "Groupe non informé" est, par contre, relativement "vieux" : 46 % y sont âgés de 40 ans ou plus et 66 % ont 30 ans ou plus.

I.4. Sexe

Dans le "Groupe informé", les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes (52 % contre 48 %), tandis que dans le "Groupe non informé", les femmes sont majoritaires (69 %).

I.5. Niveau d'instruction

Une assez grande partie du "Groupe informé" a fait le secondaire et / ou le supérieur (43 %, 47 %) ont seulement le niveau primaire et 11 % sont des non-scolarisés. Par contre, dans le "Groupe non informé", la majeure partie n'a jamais été à l'école (69 %), 29 % ont fait seulement le primaire et seulement 2 % ont fait le secondaire. On peut conclure que le niveau d'instruction des gens qui n'ont jamais entendu parler du Sida est très bas.

I.6. Situation matrimoniale

Le "Groupe informé" est à moitié formé de célibataires (51 %). Les mariés y représentent 46 % et les veufs, divorcés et séparés, 3 %. Le "Groupe non informé" est composé en majorité de personnes mariées (70 %). Seulement 20 % y sont célibataires et 10 % veufs ou divorcés ou séparés.

I.7. Religion

Dans chacun des deux groupes, plus de la moitié des personnes ont déclaré appartenir à la religion protestante (respectivement 56 % et 54 % dans le "Groupe informé" et dans le "Groupe non informé"). Viennent ensuite les catholiques (respectivement 41 % et 31 %) et les animistes ou athées (respectivement 3 % et 12 %). Les musulmans sont les plus faiblement représentés : ils ne forment respectivement que 1 % et 4 % du "Groupe informé" et du "Groupe non informé". Les animistes, athées et musulmans sont donc proportionnellement plus nombreux en milieu rural.

I.8. Ethnie

La population est majoritairement composée de "Bakoundou" et de "Populations des Plateaux de l'Ouest", groupes ethniques originaires des deux provinces concernées par l'enquête (respectivement 64 % et 55 % du "Groupe informé" et du "Groupe non informé"). Dans le premier groupe, les autres ethnies représentent 31 % et les étrangers 5 %. Dans le second groupe, les pourcentages correspondants sont de 38 % et de 7 %.

Ces résultats montrent en définitive que, dans les provinces du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, malgré les efforts déployés au niveau national en matière d'information et de sensibilisation sur le Sida, beaucoup reste encore à faire pour atteindre certains sous-groupes de population, notamment chez les ruraux, les personnes âgées (40 ans et plus), les femmes, les personnes non-scolarisées et les musulmans.

II. CONNAISSANCE DU SIDA

L'évaluation du niveau de connaissance du Sida a porté sur les 764 personnes qui ont déjà entendu parler du Sida, dont 241 appartiennent au milieu rural et 523 au milieu urbain. En milieu rural, 4 % seulement ont déclaré connaître une personne atteinte du Sida dans leur communauté ou au Cameroun. En milieu urbain, 5 % ont déclaré la même chose.

2.1. Cause du Sida

Lorsqu'on a demandé aux enquêtés de donner les causes du Sida, il est remarquable de noter la proportion de personnes qui n'ont pas pu donner de réponse : 52 % dans chaque milieu de résidence.

La majeure partie des personnes qui ont donné une réponse (83 % en milieu rural et 70 % en milieu urbain) ont évoqué les rapports sexuels comme principale "cause" du Sida. En milieu rural, les personnes qui viennent en seconde position sont celles qui ont mentionné les animaux (moustiques, singes, ...) comme principale cause du Sida (8 %). En milieu urbain, les personnes qui ont évoqué le virus (VIH ou autre) comme première cause du Sida forment 9 % et celles qui ont évoqué les animaux, 5 %. Le virus n'a pas été évoqué en milieu rural. Il apparaît donc qu'une grande partie de la population ignore complètement la véritable cause du Sida. La sous-population qui croit connaître confond en fait les causes du Sida avec les modes de transmission du VIH.

2.2. Modes de transmission du Sida

Une large proportion de la population enquêtée (88 % en milieu rural et 87 % en milieu urbain) sait qu'une personne porteuse du virus peut contaminer d'autres personnes. Il en est de même pour la connaissance de la transmission par un porteur sain, même si les pourcentages ont très légèrement régressé (87 % en milieu rural et 83 % en milieu urbain). En milieu urbain, plus le niveau d'instruction des répondants est élevé, plus la proportion des personnes qui connaissent la transmission par un porteur sain est élevée (HOUEHOUGBE et al., 1989).

Pour appréhender la connaissance que les enquêtés ont des modes de transmission du Sida, deux sortes de questions leur ont été posées.

La première question était la suivante : "D'après vous, comment le Sida se transmet-il ?". Ici, le taux global de non-réponses et de "Ne sait pas" est nettement plus faible que pour les causes du Sida : 9 %. La grande majorité des enquêtés (83 % en milieu rural et 78 % en milieu urbain) pense que le Sida se transmet principalement par le sexe. En milieu rural, 5 % pensent qu'il se

transmet principalement par des contacts occasionnels (1) et 1% par le sang. En milieu urbain, 6 % ont mentionné les contacts occasionnels, 4 % le sang et 2 % les seringues et rasoirs souillés. Dans ce même milieu, il semble y avoir une relation entre le niveau d'instruction et la connaissance de la transmission par le sang (transfusion sanguine) et par les seringues et rasoirs souillés. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus le pourcentage d'enquêtés qui connaissent ces modes de transmission augmente (tableau 2).

Tableau 2. Répartition (%) des enquêtés urbains qui connaissent un mode de transmission donné du VIH/SIDA selon le niveau d'instruction.

Mode de transmission	Niveau d'instruction				Ensemble
	sans	primaire	secondaire	supérieur	
Sang	0	1	5	12	4
Seringues ou rasoirs souillés	0	1	1	2	2
Contacts occasionnels	3	7	8	0	0
Rapports sexuels	74	75	83	79	78
Autres (dont mère-enfant)	0	3	1	0	1
Ne sait pas	23	13	2	5	9
Total	100	100	100	100	100

Le deuxième type de questions consiste en une série de questions fermées qui visent à savoir si les enquêtés croient en la transmission par les contacts occasionnels, par le sexe, par le sang ou les seringues souillées ou enfin en la transmission périnatale.

Une assez grande partie de la population enquêtée possède une croyance erronée sur la façon dont le Sida se transmet. En effet, 74 % en milieu rural et 81 % en milieu urbain continuent à croire que le Sida se transmet en ayant des contacts occasionnels avec un séropositif / sidéen (corps, bouche, repas et vêtements). En milieu rural, les femmes qui croient à ces modes de transmis-

(1) - On entend par "contacts occasionnels" les simples contacts corporels tels que se serrer la main, vivre ensemble, jouer ensemble, manger ensemble, s'embrasser et mettre les mêmes vêtements.

sion sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes qui y croient (65 % contre 81 %).

Presque toute la population (99 %) sait que le Sida se transmet par le sexe (rapports sexuels avec des prostituées ou avec des partenaires multiples ou avec un séropositif / sidéen), quels que soient l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

Le mode de transmission par le sang ou par les seringues souillées semble également bien connu par les enquêtés. Quels que soient leur âge, sexe et niveau d'instruction, 94 % en milieu rural et 98 % en milieu urbain y croient.

51 % en milieu rural et 61 % en milieu urbain croient en la transmission périnatale. Ce mode de transmission ne semble donc pas bien connu.

2.3. Risque d'être infecté par le Sida

En milieu rural, 50 % pensent que les prostituées et les homosexuels sont les personnes qui courent le plus de risque d'être infectées par le Sida, 19 % pensent que ce sont les personnes ayant des partenaires multiples, 16 % que ce sont les personnes d'un sexe ou d'un âge particulier (adultes, femmes, jeunes, vieillards, nouveau-nés, ...) et 10 % ne savent que répondre. En milieu urbain, les pourcentages correspondants sont de 51 %, 15 %, 11 % et 12 %. Même si la majorité connaît les sous-groupes à risque, beaucoup restent encore dans l'ignorance.

En milieu rural, 58 % disent que les personnes fidèles à leur(s) partenaire(s) régulier(s) courent le moins de risque d'être infectées par le Sida ; 12 % ont évoqué ceux qui n'ont pas de rapports sexuels. En milieu urbain, les pourcentages correspondants sont de 47 % et de 17 % ; 2 % y ont évoqué les gens ayant des rapports sexuels protégés et 3 % les personnes appartenant à une race donnée (en particulier la race noire).

2.4. Curabilité du Sida et mortalité due au Sida

39 % en milieu rural et 42 % des enquêtés en milieu urbain savent que le Sida est incurable. En milieu rural, 44 % des enquêtés déclarent que tous les malades du Sida vont mourir, 17 % que c'est la plupart, 26 % que ce sont quelques-uns, 0 % que c'est aucun malade et 13 % qu'ils ne savent pas le nombre de malades du Sida qui vont mourir de la maladie. Les pourcentages correspondants sont de 38 %, 24 %, 27 %, 1 % et 10 % en milieu urbain. Ces réponses font apparaître une prise de conscience de la gravité de la maladie encore insuffisante.

2.5. Non-transmission du virus

A la question "Que pensez-vous qu'un porteur du virus ou sidéen devrait faire pour éviter de transmettre le virus ?". Les réponses les plus fréquentes sont, en milieu rural : éviter les rapports sexuels (31 %), consulter un médecin ou aller dans un centre de santé (29 %), ne sait pas (13 %), s'isoler ou se faire isoler (10 %) et utiliser des préservatifs (5 %). En milieu urbain, les pourcentages correspondants sont 34 %, 22 %, 12 %, 16 % et 7 % respectivement.

En zone urbaine, le niveau d'instruction des enquêtés semble influencer sur leur réponse : plus le niveau d'instruction est élevé, plus le pourcentage de personnes qui ont évoqué l'utilisation des préservatifs, l'abstinence sexuelle et l'isolement du malade augmente et plus le pourcentage de personnes qui ont dit que le porteur du virus/sidéen devait se donner la mort diminue (tableau 3).

Tableau 3. Répartition (%) des enquêtés urbains selon la mesure préconisée pour éviter la transmission du virus.

Mesure à prendre	Niveau d'instruction			
	sans	primaire	secondaire	supérieur
Utiliser préservatif	0	7	7	13
Eviter rapports sexuels	15	30	37	45
Se donner la mort	8	6	2	1
S'isoler	13	15	16	20
Voir médecin / Centre de santé	26	23	23	12
Ne sait pas	36	16	8	8
Autres*	2	4	9	1
Total	100	100	100	100

* Dans la rubrique "autres" mesures à prendre, on trouve notamment les réponses suivantes : "éviter les contacts occasionnels", "éviter de donner du sang" et "éviter d'utiliser la même seringue".

CONCLUSION

Certains résultats que nous venons de présenter montrent que les catégories de personnes qui sont les plus défavorisées dans l'accès à l'information sur le Sida sont les ruraux, les personnes âgées, les femmes, les personnes non-scolarisées et les musulmans. Des efforts importants doivent être faits par les pouvoirs publics en leur faveur.

La population ne connaît pas la cause du Sida. Les réponses obtenues montrent que les notions de cause et de mode de transmission se confondent dans l'esprit des enquêtés. Cette confusion résulte-t-elle d'une situation réelle ou de la manière dont la question sur les causes du Sida a été formulée (nous pensons plus particulièrement à la version en pidgin) ?

La population sait par contre que le VIH/SIDA se transmet principalement par le sexe. Les possibilités de transmission par le sang, les seringues et rasoirs souillés semblent être également bien connus, ce qui n'est pas le cas de la transmission périnatale. Il s'avère donc nécessaire de mettre l'accent sur ce mode de transmission lors des campagnes d'information et d'éducation.

Une frange assez importante de la population continue de croire que les contacts occasionnels avec une personne infectée peuvent transmettre le VIH/SIDA. Il s'agit aussi, dans le futur, de chasser ces idées erronées de leur esprit.

La partie de la population qui n'est pas consciente de la gravité de la maladie (caractère incurable, mortalité inéluctable) n'est pas négligeable. Aussi, l'information à ce sujet mérite d'être mieux fournie.

Les comportements sexuels qui augmentent ou diminuent le risque d'attraper le VIH/SIDA - et, par conséquent, les groupes à haut risque et à moindre risque - sont assez bien connus par la population. Néanmoins, moins de la moitié de la population sait effectivement ce qu'un porteur du virus doit faire pour éviter de le transmettre.

D'une manière générale, le niveau de connaissance du Sida est assez uniforme chez les ruraux alors que chez les urbains, il diffère selon le niveau d'instruction. Cela est sans doute lié à l'uniformité du niveau d'instruction en milieu rural (88 % y sont peu ou pas du tout instruits) et à sa plus grande disparité chez les urbains (respectivement 16 %, 40 %, 32 % et 12 % ont les niveaux d'instruction "sans", primaire, secondaire et supérieur).

Ces résultats sont assez encourageants dans la mesure où ils traduisent une assez bonne connaissance du VIH/SIDA et des dangers qu'il présente.

Ils montrent également que certaines catégories de personnes sont très défavorisées en matière d'accès à l'information sur le Sida et que d'importants efforts restent à fournir à leur niveau. Enfin, ces résultats amènent à se demander si, après la prise de conscience, la population a effectivement modifié son comportement sexuel. Car si la réponse est non, il faudrait, en plus de la poursuite et de l'intensification des campagnes de sensibilisation, chercher d'autres voies de communication qui tiennent compte des réalités socio-culturelles et économiques dans lesquelles la population vit et qui déterminent ses comportements.

* *

*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

HOUEHOUGBE A., EVINA AKAM, RAFALIMANANA H., (1990), "*Enquête sur les connaissances, attitudes, pratiques et croyances relatives au Sida. Province du Nord-Ouest et du Sud-Ouest*", Cameroun, Rapport préliminaire. CNRS-IFORD-GTZ.

GUISSE Y.M., d'ALMEIDA L., (1989), "*Sexualité et connaissance du Sida chez les collégiens et jeunes femmes de Dakar et Banlieue*" in *Plurale*, Vol. I, N° 1 : *Sida en Afrique*.

NKWI P.N., WARNIER J.P., (1982), "*Elements for a history of the western grassfields*". Publication du Département de Sociologie, Université de Yaoundé, 236 p.

* *

*

**UNE DESCRIPTION DE LA SITUATION
DU PALUDISME AU CAMEROUN**

par

J. J. KEUZETA

INTRODUCTION

Pontabry (P) et Weber (J), dans "*Contribution à l'étude des problèmes économiques de la Santé Publique au Nord Cameroun*", estimaient à 128.724 journées de travail le temps perdu par le fait du paludisme au courant de l'année 1970, soit des pertes moyennes de 110.702 kg pour le mil, 90.106 kg pour l'arachide, 43.766 kg pour le coton. Ceci montre quel effet le paludisme peut avoir sur l'économie du pays quand on sait l'incidence élevée du paludisme dans la population.

Selon une étude de l'OMS, la lutte antipaludique a entraîné dans les écoles aux Philippines une régression des absences quotidiennes qui sont passées de 40 ou 50 % à 3 % alors que dans l'industrie, l'absentéisme a été ramené de 35 % à 4 % entraînant du coup une augmentation de la production industrielle. Ces exemples montrent que le paludisme pose à la fois un problème de santé publique et un grave problème économique que les pouvoirs publics se doivent de résoudre pour réduire ces pertes constatées dans de nombreux secteurs de la vie socio-économique.

Il constitue d'autant plus un problème de santé publique qu'il sévit partout dans le pays sous une forme endémique comme le montrent les cartes élaborées par le Service d'éradication du paludisme en 1969 et reprises par D. MFONFU, du Service d'Epidémiologie et du Paludisme du Ministère de la Santé Publique en 1986. De plus, on commence par déceler dans le pays des formes de chloroquino-résistance de *Plasmodium Falciparum*, ce qui vient encore compliquer davantage les programmes et méthodes de lutte pour son éradication ou tout au moins pour la réduction de son incidence et de son endémicité pour les ramener à des proportions sans grand impact sur l'économie du pays.

La solution à ces problèmes exige la connaissance préalable des faits, chiffres et tendances que la surveillance passive de la maladie ainsi que certaines enquêtes paludométriques ont révélés. Notre propos vise donc à analyser les statistiques disponibles à l'OCEAC et à dégager des tendances de l'endémie.

* *

*

1. LES DONNEES

Les données utilisées proviennent d'environ 65 % des formations sanitaires du pays et recouvrent les années 1984, 1985, 1986. Ces données ont pu être dépouillées par micro-ordinateur, avec un logiciel appelé "FICHOC" mis au point par le Bureau de Statistique de l'OCEAC.

2. IMPORTANCE DU PALUDISME

Au cours des années 1984 à 1986, chaque formation sanitaire déclarante a vu passer en moyenne 8 cas de morbidité nouvelle dont 4 cas de paludisme par jour. Ces chiffres, bien que sous-estimés, car le taux de participation à la collecte des données varie entre 65 et 71 %, sont déjà bien élevés puisque chaque formation sanitaire doit affronter tous les jours 4 nouveaux cas de paludisme.

Le paludisme est chaque année la première cause de morbidité avec plus de 44 % de l'ensemble des causes enregistrées comme le montre le tableau n° 1 ci-dessous relatif à la morbidité proportionnelle suivant les principales causes.

Tableau 1 : Morbidité proportionnelle suivant les principales causes

CAUSES	1984		1985		1986	
	Cas	%	Cas	%	Cas	%
Paludisme	807.865	46,1	908.389	44,0	691.888	47,1
Autres helminthiases intestinales	403.497	23,0	490.555	23,7	305.063	20,8
Maladies diarrhéiques	145.414	8,3	168.916	8,2	127.499	8,7
Autres infections gonocociques	133.075	7,6	158.333	7,6	126.515	8,6
Autres causes confondues	262.786	15,0	344.262	16,6	218.693	14,9
TOTAL	1.752.637	100,0	2.070.455	100,0	1.469.658	100,0

3. PALUDISME PAR AGE

Le groupe 0 an révolu représente en moyenne, chaque année, 13 % de l'ensemble du paludisme déclaré contre 21 % pour les moins de 15 ans, 44 % pour le groupe 15 ans et plus. Les enfants de moins d'un an semblent le plus atteints par le paludisme avec 13 % de l'affection suivis des enfants de 1 à 5 ans (21 % pour 4 ans d'âge), puis des enfants d'âge scolaire (21 % pour 10 ans d'âge), et enfin la population de 15 ans et plus (tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2 : Répartition du paludisme par grand groupe d'âge

Années	Grands groupes d'âge				TOTAL (%)
	0-1 an (%)	1-4 ans (%)	5-14 ans (%)	15 ans et + (%)	
1984	103.735 (12,8)	174.662 (21,6)	175.898 (21,8)	353.570 (43,8)	807.865 (100,0)
1985	119.899 (13,2)	189.176 (20,8)	194.019 (21,4)	405.295 (44,6)	908.389 (100,0)
1986	90.237 (13,0)	147.997 (21,4)	142.456 (20,6)	311.198 (45,0)	691.888 (100,0)

4. INCIDENCE DU PALUDISME

Puisque les données notifiées sont de nouveaux cas de paludisme, on peut estimer le taux d'incidence du paludisme dans la population Camerounaise à :

- 82,6 %, en 1984 ;
- 90,5 %, en 1985 ;
- 67,2 %, en 1986.

La baisse de ce taux peut n'être qu'apparente, provenant du fait qu'il n'y a eu que 65 % de notification par les formations sanitaires en 1986 contre 70,7 % en 1985 et 69 % en 1984.

Selon l'âge, ces taux d'incidence sont les suivants en 1984 :

AGE	0-1 an	1-4 ans	5-14 ans	15 ans et +	TOTAL
Taux d'incendie (%)	302,9	142,8	66,8	63,3	82,6

Les enfants restent incontestablement le groupe le plus touché par cette endémie. Ces indices placent en gros le pays dans une zone d'hypo-endémicité avec cependant des variations régionales pouvant aller jusqu'à la méso-endémicité comme l'indiquent les indices spléniques et plasmodiques ci-dessous (tableau 3).

Tableau 3 : Résultats de quelques enquêtes paludométriques au Cameroun

LIEUX	Période d'enquête	Indice splénique (2-9 ans)	Classification Kampala	RHM	Indice plasmodique (2-9 ans)	Classification Meetsellar et Van Thiel	Taux de prévalence en anticorps	Source
Manyemen	Déc. 1983	26,6 %	méso-endémicité		38,3 %	méso-endémicité	-	Cornu et Coll.
Maga (Projet Semry)	Avril 1985	17,1 %	méso-endémicité		10,9 %	"	-	Josse & Coll.
"	Oct. 1985	6,3 %	hypo-endémicité	1,3	22,6 %	"	66,9 %	"
Maga (hors Projet)	Avril 1985	28,5 %	méso-endémicité	-	17,6 %	"	-	"
"	Oct. 1985	21,7 %	"	1,55	37,1 %	"	82,8 %	"
Douala	Juillet 1985	43,8 %	hyper-endémicité	1,22	11,0 %	"	35,5 %	Merlin & Coll.
Limbé	"	30,2 %	méso-endémicité	1,4	19,7 %	"	64,7 %	"
Tiko	"	23,9 %	"	1,28	11,7 %	"	52,2 %	"
Yaoundé	Sept. 1985	8,3 %	hypo-endémicité	1,42	9,2 %	hypo-endémicité	37,8 %	"
Bafoussam	Sept. 85/Fév. 1986	2,5 %	"	1,2	13 %	méso-endémicité	-	A. Tchinda
Nanga-Eboko	"	23,7 %	méso-endémicité	1,25	30,3 %	"	-	N. Bavoua
Maroua	Avril 1986	18,4 %	"	1,2	7,3 %	hypo-endémicité	53,9 %	Jose et Coll.
Nkongsamba	Fév. 1987	34,6 %	"	1,2	14,0 %	méso-endémicité	39,5 %	Merlin & Coll.

5. PREVALENCE DU PALUDISME

La prévalence du paludisme est évaluée par les indices spléniques (IS) et plasmodiques (IP) obtenus par enquêtes menées çà et là dans le pays depuis décembre 1983 par le Service d'Epidémiologie et de Statistique de l'OCEAC et d'autres chercheurs. On voit dans le tableau 3 ci-dessus que le paludisme fluctue, allant de la base méso-endémie à Yaoundé (au début de la saison des pluies) à la situation d'hyper-endémie à Douala (en pleine saison de pluies).

Les taux de prévalence en anticorps présentent aussi les variations sensibles allant de 35 % à Douala à 83 % à Maga dans la zone hors projet Semry.

6. VARIATION SAISONNIERE DES CAS DECLARES

Tableau 4 : Répartition de nouveaux cas de paludisme par année et par mois

Mois Année	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1984	59145	62266	61879	66204	69284	67685	68465	62485	68570	77135	76109	68638
1985	87185	66224	75266	81409	85744	70689	69445	76268	64678	80770	76612	74099
1986	66938	59171	61568	65887	65235	60024	54945	53766	46429	55177	57900	44848

Il ressort de ce tableau 4 qu'on enregistre au moins au Cameroun et en moyenne 66.893 nouveaux cas de paludisme chaque mois, soit 4 nouveaux cas chaque jour. Si nous rapportons toutes ces données mensuelles au chiffre de janvier 1984 (c'est-à-dire 59.145), nous obtenons mois par mois l'indice mensuel de morbidité du paludisme comme le montre le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Indice mensuel de morbidité du paludisme (en %)

Mois Année	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1984	100	105	105	112	117	114	146	106	116	130	129	116
1985	147	112	127	138	145	120	117	129	109	137	130	125
1986	113	100	104	111	110	102	93	91	79	95	98	76
Coefficient (C) saisonnier	1,6	-11,6	-4,6	4,0	8,8	-2,4	1,4	-3,8	-11,0	9,8	8,6	-0,6

Ces indices mensuels, ainsi que le graphique n° 1 les représentant, permettent de mieux saisir l'évolution mensuelle du paludisme. Le graphique n° 1 présente une tendance globale linéaire vers la baisse qui nous suggère l'ajustement sur ces données d'une droite dont l'estimation par régression linéaire est :

$$I_t = -0,79t + 129 + C_j \text{ avec } C_j = \text{coefficient saisonnier du mois } j ;$$

($t = 1$ en janvier 1984 et I_t en %).

En multipliant les coefficients de I_t par 59.145, nous retrouvons la droite de régression sur les données brutes.

$Y_t = -467t + 76297 + C'_j =$	Janvier = 946	Juillet = 828
	Février = -6.861	Août = -2.248
	Mars = -2.721	Septembre = -6.506
	Avril = 2.366	Octobre = 5.796
	Mai = 5.205	Novembre = 5.086
	Juin = -1.419	Décembre = -372

La pente de cette droite est négative ; on peut donc penser que le paludisme évolue vers la baisse avec une baisse moyenne mensuelle de 467 cas. Ceci serait peut-être dû au fait que l'année 1986 n'a fourni que 65 % de l'ensemble de données attendues ou bien a une baisse sensible due à l'action de la lutte contre le fléau. De toutes les façons, même en 1984 et 1985 où nous avons 70 % des cas attendus chaque année, on observe une hausse lente entre janvier 1984 et décembre 1985 due probablement au coup de frein donné par les actions de lutte contre la maladie.

7. VARIATIONS REGIONALES DES CAS DECLARES

Parmi les 10 provinces du pays, l'Ouest vient en tête avec, chaque année, plus de 17 % de cas, suivi du Centre et du Littoral avec plus de 12 % des cas chaque année comme le montre le tableau 6 ci-dessous. Les départements les plus touchés sont le Moungo (plus de 6 % de cas) et la Memé, la Mezam (plus de 5 % de cas), la Mifi (plus de 4 % de cas), le Ntem et la Lekie (plus de 3 % de cas).

Le tableau 6 montre la variation régionale de l'endémie palustre, laquelle variation était déjà mise en évidence par les indices spléniques et plasmodiques dégagés par les enquêtes paludométriques sus-citées.

Tableau 6 : Variation régionale de nouveaux cas de paludisme

Provinces	Secteurs	1984		1985		1986	
		Cas déclarés	%	Cas déclarés	%	Cas déclarés	%
CENTRE	Mfoundi	-	-	17.879	2,0	-	-
	Mefou	10.859	1,3	21.609	2,4	9.965	1,4
	Mbam	31.540	3,9	33.359	3,7	26.792	3,9
	Nyong et So'o	21.350	3,1	19.587	2,2	23.706	3,4
	Nyong et Kellé	16.396	2,0	-	-	-	-
	Haute Sanaga	8.262	1,0	11.151	1,2	4.528	0,7
	Nyong et Mfoumou	9.762	1,2	9.278	1,0	6.335	0,9
	Lékié	42.142	5,2	45.803	5,0	12.055	1,7
	S/TOTAL CENTRE	144.311	17,8	158.666	17,5	83.381	12,1
SUD	Ntem	38.463	4,8	30.643	3,4	40.827	5,9
	Océan	15.194	1,9	24.010	2,6	18.718	2,7
	Dja et Lobo	25.752	3,2	19.152	2,1	7.076	1,0
	S/TOTAL SUD	79.409	9,9	73.805	8,1	66.621	9,6
LITTORAL	Wouri	22.196	2,8	27.082	3,0	13.600	2,0
	Sanaga maritime	40.778	5,0	28.714	3,2	14.018	2,0
	Moungo	51.794	6,4	49.731	5,5	57.227	8,3
	Nkam	7.396	0,9	6.521	0,7	3.310	0,4
	S/TOTAL LITTORAL	122.164	15,1	112.048	12,3	88.155	12,7
EST	Lom et Djerem	18.807	2,4	24.016	2,6	4.332	0,6
	Haut Nyong	3.067	0,4	8.958	1,0	4.714	0,7
	Kadey	14.121	1,7	17.926	2,0	7.103	1,0
	Boumba Ngoko	35.995	-	-	-	-	-
	S/TOTAL EST	38.301	4,5	50.900	5,6	16.149	2,3
OUEST	Mifi	36.042	4,7	40.331	4,4	36.723	5,3
	Noun	20.371	4,5	22.010	2,4	13.123	1,9
	Bamboutos	33.775	2,5	17.444	1,9	16.943	2,5
	Menoua	24.374	4,2	31.106	3,4	25.234	3,6
	Haut Nkam	19.264	3,0	26.832	3,0	26.863	3,9
	Ndé	172.264	2,4	15.604	1,7	14.719	2,1
	S/TOTAL OUEST	172.127	21,3	153.327	16,8	133.605	19,3
NORD	Benoué	-	-	24.777	2,7	2.220	0,3
	Mayo Louti	15.068	1,9	21.556	2,4	13.545	2,0
	Faro	798	0,1	5.325	0,6	12.813	1,8
	Mayo Rey	-	-	9.711	1,1	7.037	1,0
	S/TOTAL NORD	15.866	2,0	61.389	6,8	35.615	5,1

Provinces	Secteurs	1984		1985		1986	
		Cas déclarés	%	Cas déclarés	%	Cas déclarés	%
ADAMA- OUA	Vina	2.744	0,3	8.185	0,9	9.229	1,3
	Mayo Banyo	-	-	16.739	1,8	8.738	1,3
	Mbéré	796	0,1	8.943	1,0	5.287	0,8
	Faro et Déo	1.404	0,2	5.804	0,6	6.195	0,9
	Djerem	8077	1,0	6.802	0,8	4.776	0,7
	S/TOTAL ADAMAOUA	13.021	1,6	46.473	5,1	34.225	4,9
EXTREME- NORD	Diamaré	20.876	2,6	14.780	1,6	29.072	4,2
	Mayo Sava	12.288	1,5	7.704	0,8	17.436	2,5
	Mayo Danay	20.266	2,9	25.776	2,9	1.311	0,2
	Mayo Tsanaga	27.555	3,4	499	0,1	24.864	3,6
	Kaele	9.097	1,1	14.911	1,6	-	-
	Logone et Chari	5.750	0,7	13.634	1,6	8.110	1,2
	S/TOTAL EXTREME-NORD	98.832	12,2	77.304	8,5	80.793	11,7
NORD- OUEST	Mezam	40.101	5,0	52.722	5,8	53.476	7,7
	Momo	9.781	1,2	12.830	1,4	7.119	1,0
	Mentchum	756	0,1	11.621	1,3	9.417	1,4
	Donga Mantum	19.852	2,5	21.544	2,4	11.158	1,6
	Bui	7.632	0,9	7.668	0,8	5.729	0,8
	S/TOTAL NORD-OUEST	78.122	9,7	106.385	11,7	86.899	12,6
SUD-OUEST	Fako	2.722	0,3	-	-	-	-
	Meme	38.441	4,6	45.716	5,1	44.906	6,5
	Manyu	-	-	-	-	-	-
	Ndian	-	-	2.180	0,2	1.352	0,2
	Fontem	6.855	0,8	346	-	-	-
	S/TOTAL SUD-OUEST	48.018	5,9	48.242	5,3	46.258	6,7
	ENSEMBLE	807.865	100,0 %	908.289	100,0 %	691.888	100,0 %

* *

*

CONCLUSION

Le paludisme, en dépit de tout, continue à être un problème grave de santé publique aux conséquences socio-économiques nombreuses (pertes dans l'agriculture et l'industrie, absentéisme à l'école et aux bureaux,...).

Il est la première cause de morbidité partout dans le pays à tous les âges et probablement pour les deux sexes et figure parmi les trois principales causes de décès enregistrées dans le pays, avec les maladies diarrhéiques et la rougeole. De plus, l'apparition des souches de résistance à la chloroquine de *Plasmodium Falciparum* dans certaines régions du pays vient compliquer les programmes de lutte pour arrêter les ravages qu'il cause.

Cette lutte devra être intégrée dans un ensemble de mesures destinées non pas seulement à améliorer la santé publique et individuelle mais à améliorer également les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les populations camerounaises aussi bien en ville que dans les zones rurales.

Le caractère fragmentaire des données utilisées dans l'étude implique la nécessité d'améliorer en qualité et en quantité les statistiques sur la situation du paludisme au Cameroun. Le système d'information actuellement en vigueur devrait donc être renforcé, en particulier l'on devrait veiller à la réalisation d'enquêtes périodiques et à la tenue régulière des statistiques hospitalières.

* *

*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

G. GALOT

Cours de statistique descriptive.
DUNOD, Paris, 1969 519 p.

D.SCHWARTZ

Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes.
Flammarion, Paris, 1972, 318 p.

J.J. KEUZETA

Analyse des statistiques sanitaires.
IFORD, Yaoundé, Juin 1983, 65 p.

J.J. KEUZETA, P. AMBASSA, L. SENTILHES

Morbidité par endémo-épidémies au Cameroun en 1984 à partir des "Fiches Mensuelles".
OCEAC d'Activités de Surveillance Epidémiologique"
OCEAC. Bulletin Liaison n° 75 pp 53-80.

J.J. KEUZETA, P., AMBASSA, D. ETEKI, L. SENTILHES

Morbidité par endémo-épidémies au Gabon en 1984 à partir des "Fiches Mensuelles".
OCEAC, Bulletin de Liaison n° 77, pp. 13-22.

R. DACKAM NGATCHOU, J.J. KEUZETA, M. KWEKEM FANKAM,
R. MBARGA

Survie et Développement des enfants au Cameroun.
UNICEF - Yaoundé, 1986, 150 p.

S. ABANE, L. DELFINI

"Carte épidémiologique du paludisme de la République Fédérale du Cameroun".
Service d'Eradication du Paludisme, "Yaoundé", 1969.

Ch. RIPERT, P. AMBROISE-THOMAS, C. ROSSELLE et Coll. :

Aspects épidémiologiques et cliniques du paludisme dans deux villages du département de la Lekie (Cameroun).
Rapport final XIV^e Conf. Tech. OCEAC, 30-23 Avril 1982, Yaoundé, (p. 500 - pp.70-79).

M. LALLEMENT, J. F. TRAPE et Coll. :

Epidémiologie et clinique du paludisme humain en zone forestière.
Rap. Fin. XIV^e Conf. Tech. OCEAC - Yaoundé 20-23 Avril 1982 (pp. 95-104).

WHO. EPID/SLP/F/8.5/01 :

Protocoles d'enquêtes paludométriques par sondage.
OMS, 1968 (pp. 3-16).

J.C. DOURY

Données actuelles sur la vaccination antipalustre.
Rap. Fin XIV^e Conf. Techn. OCEAC, Yaoundé, 20-23 Avril 1982.

V. IVORRACANO

Lutte antipaludique
Rap. Fin. XIV^e Conf. Tech. OCEAC, Yaoundé 20-23 Avril 1982 (pp.136-143).

CORNU. M, A. COMBE, B. COUPRIE, R. MOYOU, SOMO, B. CARTERON,
W.H. VAN. HARIEN, J. TRIBOULEY, C. RIPERT.

Aspects épidémiologiques du paludisme dans deux villages de la région
forestière de Manyemen (Cameroun, Province du Sud-Ouest).
Médecine Tropicale 1986, 46, 2, 151-140.

COUPRIE B, Y. CLAUDOT, A. SAME-EKOBO, H. ISSOUFA, M. LEGER -
DEBRUYNE, J. TRIBOULEY and Ch. RIPERT.

Etudes épidémiologiques du paludisme dans les régions rizicoles de Yagoua
et de Maga (Nord-Cameroun).
Bull. Soc. Path. Exot. 1957, 50, 585-600.

LE BRAS. J. J. L. CLAUSSE, G. CHARMOT, J. Y. LE MESRAN et F. AVENEC.

Emergence épidémique d'un foyer de paludisme chloroquino-résistant au
Sud-Ouest du Cameroun en Février 1985.

MERLIN M, R. JOSSE

Rapport concernant les enquêtes paludométriques par sondage effectuées
à Limbe, Tiko et Douala, en République du Cameroun, en Juillet 1985.
Doc. N° 585/OCEAC/SG/SES Yaoundé.

MERLIN M, R. JOSSE

Rapport concernant l'enquête paludométriques par sondage effectuées
à Yaoundé, en République du Cameroun, du 2 au 6 septembre 1985. Doc.
N° 591/OCEAC/SG/SES Yaoundé.

MOYOU SOMO R ; AVENEC M. F.

Etude de sensibilité de Plasmodium Falciparum à la chloroquine dans trois
villages du Département de la Lékié.
Revue Science Technique 1984, 1, 3-4, 33-37.

NGNTEDEM - BAVOUA J.

Etude de la situation actuelle de l'endémie palustre chez les enfants de 0 à 14 ans réalisée dans la ville de Nanga-Eboko, Département de la Haute-Sanaga. Période du 1er - 9 - 1985 au 28 - 2 - 1986.

Mémoire T. S. S. Option Epidémiologie appliquée.

OCEAC Yaoundé 1986.

RACCURT C.P., M. LE BRAS ; J. LE BRAS ; J. BEYLOT ; A. COMBE et C. RIPERT.

A propos d'un cas fatal de neuropaludisme chloroquinorésistant chez un voyageur au Cameroun. Bulletin Soc. Path. Exot. , 1986, 79, 39-49.

RIPERT Ch. ; P. AMBROISE-THOMAS ; C. ROUSELLE - SAUER ; J. A. MESI, S. TETTAMANTI and A. SAME-EKOBO.

Aspects épidémiologiques et chimiques du paludisme dans deux villages du Département de la Lékié (Cameroun).

Bull. Soc. Path. Ex. 75, 1982, 26-38 .

RIPERT Ch. ; C. MANNSCHOTT ; D. MALOSSE ; J. STEVENY ; A. TIECHE ; M. APPRIOU ; J. TRIBOULEY et A. SAME-EKOBO

Etude épidémiologique du paludisme dans la région de Koza. (Nord-Cameroun). Médecine tropicale 42, 6, 601-609.

TCHINDA Abel

Etude de la situation actuelle de l'endémie palustre chez les enfants de 3 mois à 14 ans dans la ville de Bafoussam du 1er Septembre 1985 au 28 Février 1986.

Mémoire T. S. S. P. Option épidémiologie appliquée.

OCEAC - Yaoundé 1986.

D. MFONFU

Le paludisme au Cameroun.

Nov. 1986, 41 p. ronéotypé.

J.J. KEUZETA, P. AMBASSA, J. LIMBASSA, D. KOUKA-BEMBA

Tendance de la morbidité et priorités sanitaires en RCA.

Doc. N° 618/OCEAC/SG/SES/STAT/ Yaoundé 31 p.

R. JOSSE, M. MERLIN, C. HENGY

Rapport concernant l'enquête paludométrique par sondage effectuée à Nkongsamba, en République du Cameroun, du 18 au 21 février 1987. Doc.

N° 620/OCEAC/SG/SES./Yaoundé 13 p.

**L'IDENTIFICATION DES COMMUNAUTES
A HAUT RISQUE DE BILHARZIOSE URINAIRE
DANS LE DEPARTEMENT DU MAYO-DANAY
(EXTREME-NORD, CAMEROUN)**

par

Benoît SALANAVE

INTRODUCTION

Identifier les communautés à haut risque de bilharziose urinaire, tel était l'objet d'une étude regroupant sept pays africains, financée par le comité TDR/SER (Tropical Disease Research / Social and Economic Research) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'agissait de répliquer une expérience menée en Tanzanie en 1988 (Lengeler, 1991) permettant d'identifier des zones à risque à partir de questionnaires administrés dans les écoles primaires. L'OMS souhaitait donc vérifier l'efficacité de cette méthode dans des conditions et des pays différents.

L'étude camerounaise a été confiée à deux instituts de Yaoundé que sont l'IFORD (Institut de Formation et de Recherche Démographiques) et l'OCEAC (Organisation de Lutte contre les grandes Endémies en Afrique Centrale). Elle s'est déroulée du mois d'août 1990 au mois de mai 1991 dans le département du Mayo-Danay dans l'Extrême-Nord du pays.

Dans une première phase, deux types de questionnaires ont été administrés, l'un aux élèves des classes de CE2 et CM1 de l'ensemble du département (8281 élèves dans 106 écoles), l'autre à 502 enseignants dans 100 écoles. Dans la deuxième phase, les enseignants de 60 écoles ont été formés pour utiliser des bandelettes réactives permettant de déceler la présence de sang dans les urines ; 6151 enfants ont été ainsi testés par leurs maîtres en vue de mesurer la performance diagnostique des questionnaires. Un contrôle par une équipe bio-médicale, dans 31 écoles, a également permis de vérifier les résultats des tests des maîtres. Ces deux étapes ont permis de déboucher sur une carte de la bilharziose urinaire dans ce département en classant, d'une part, les écoles à risque modéré et, d'autre part, celles à haut risque.

Zone d'étude

L'étude s'est déroulée dans l'Extrême-Nord du Cameroun, à environ 1500 km de la capitale Yaoundé. Les études les plus récentes sur la répartition de la schistosomiase au Cameroun (Beauvoit, 1986 ; Ratard et al., 1990 ; Greer et al., 1990) montrent que les principaux foyers de schistosoma haematobium se situent actuellement dans cette province et en particulier dans le département du Mayo-Danay.

Les maladies parasitaires qui prévalent dans cette zone sont, par ordre d'importance, le paludisme, la rougeole, la schistosomiase, les autres helminthiases et les filarioses. Une enquête nationale en milieu scolaire (9-17 ans) réalisée par le projet IMPM/USAID en 1985 relevait une prévalence de 44 % de schistosoma haematobium pour l'ensemble du département.

L'existence du mot schistosomiase dans les langues locales de la province montre à quel point cette maladie est présente dans la région. La maladie est connue par les populations, en particulier à travers son principal symptôme, à savoir le sang dans les urines. Par contre, les modes de transmission et les moyens de lutte ne sont pas toujours bien compris par la population.

Méthodologie

Les questionnaires

La population cible pour laquelle "le sang dans les urines" est un symptôme caractéristique de la bilharziose se situe entre 10 et 14 ans. C'est pour cette raison qu'il a été décidé d'administrer le questionnaire-élèves aux classes de CE2 et CM1 uniquement. Ce questionnaire comportait une liste de symptômes et de maladies parmi lesquelles figuraient "le sang dans les urines" et la bilharziose. A cette étape de l'étude personne, en dehors de l'équipe de recherche, ne savait que ces enquêtes concernaient la bilharziose et l'étude était présentée comme une recherche sur la santé des élèves en général. Les enseignants demandaient donc à chaque enfant s'il avait eu tel symptôme ou telle maladie dans les quinze jours précédents et cochaient la réponse correspondante sur le questionnaire. Au total, 106 écoles parmi les 113 comportant les niveaux CE2 et CM1 ont retourné ces questionnaires, soit un taux de retour de 94 % ; et 8281 élèves ont pu être ainsi interrogés en trois semaines. Le second questionnaire était destiné aux enseignants et comportait un classement des 6 principaux symptômes et des 6 principales maladies dont souffraient leurs élèves. D'autres questions devant permettre de cerner l'environnement sanitaire du village venaient compléter le questionnaire. Dans l'ensemble, 502 maîtres ont pris part à cette enquête.

Les questionnaires ont été acheminés par le biais de l'Inspection départementale de l'enseignement primaire qui s'est chargée de les distribuer et de les récupérer dans les écoles concernées par l'intermédiaire des Inspecteurs d'arrondissement.

La validation

Pour cette seconde phase de l'opération, les 60 écoles comptant plus de 50 élèves ont été sélectionnées. Un instituteur pour chacune de ces écoles a été convié à suivre une formation devant lui permettre de se familiariser avec l'utilisation de bandelettes réactives (Sangur-Test) permettant de déceler la présence de sang dans les urines. Deux semaines plus tard, 6151 enfants avaient été testés par leurs enseignants et les résultats nominatifs avaient été récupérés par l'Inspection départementale.

A la suite de cela, 31 écoles ont été choisies de façon aléatoire pour subir les mêmes tests mais cette fois par une équipe bio-médicale afin de contrôler

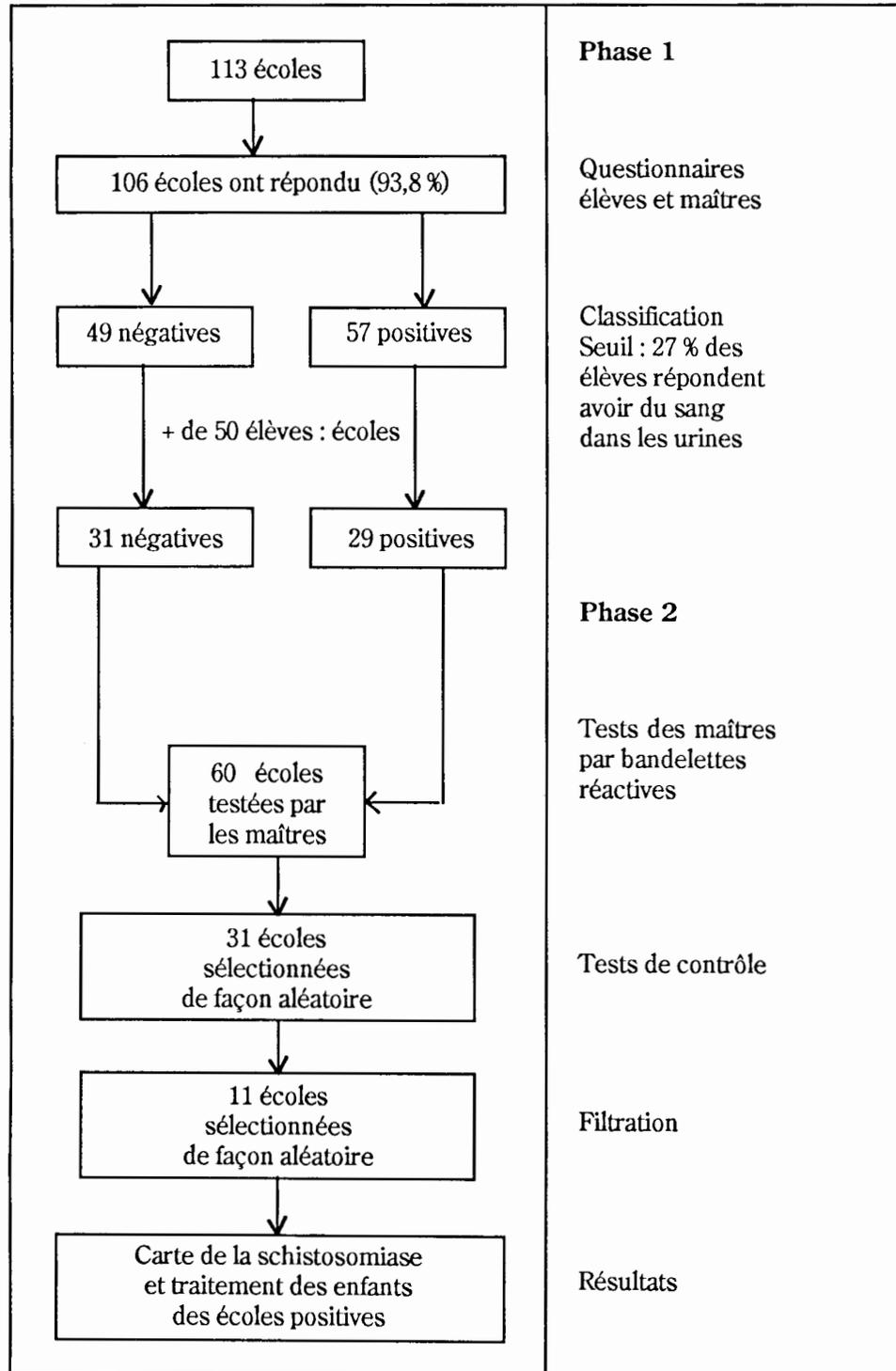
la qualité des résultats obtenus par les maîtres. Le nombre total d'élèves testés une seconde fois est de 2394. Au cours de ce dernier contrôle, un traitement à base de praziquantel a été administré par les médecins de l'équipe aux enfants positifs et des filtrations d'urines ont été réalisées sur 766 élèves afin de contrôler l'efficacité des tests par bandelettes dans la détection de la bilharziose.

Le schéma suivant illustre le cheminement des différentes étapes de l'étude.

* *

 *

Figure 1 : Déroulement des diverses étapes de l'étude



Résultats

Filtration et test par bandelette

Les prévalences, c'est-à-dire les pourcentages d'élèves positifs selon les différentes méthodes, sont consignées dans le tableau 1. Il apparaît que les méthodes médicales (bandelette et filtration) donnent des prévalences deux fois supérieures à celles du questionnaire. Cela signifie donc qu'un enfant sur deux atteint de bilharziose reconnaît ou accepte de déclarer qu'il a du sang dans les urines ou qu'il a contracté cette maladie durant les quinze derniers jours.

Tableau 1 : Pourcentages de positifs selon les diverses méthodes

Méthodes	Prévalence %
Questionnaire-élèves, item : sang dans les urines	31
Questionnaire-élèves, item : bilharziose	33
Test des maîtres	63
Test de contrôle	62
Filtration d'urines	64

Précisons ici que les tests par bandelette permettaient de mesurer le degré d'hématurie selon trois niveaux et que, par la suite, ne seront considérés comme positifs que les enfants ayant atteint les niveaux deux ou trois (hématurie 2+), le diagnostic étant alors légèrement plus performant qu'au niveau 1 ou plus.

La figure 2 et le tableau 2 permettent de comparer les résultats obtenus dans 11 écoles par la filtration d'urines et les bandelettes. Les coefficients de corrélation sont significatifs et mettent en évidence l'efficacité des tests par bandelettes réactives.

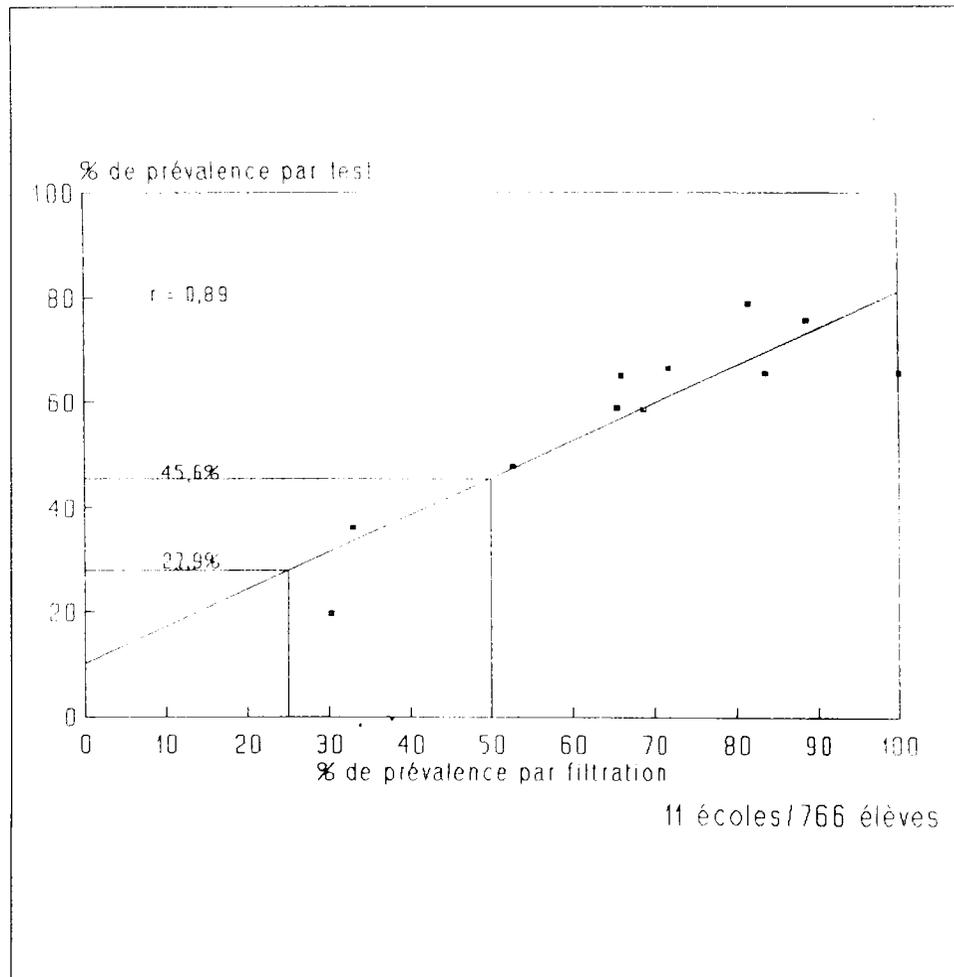
Tableau 2 : Coefficients de corrélation entre le pourcentage de filtrations positives et les résultats des tests par bandelettes

11 écoles

Hématurie 2 ou plus	r
Tests des maîtres	0,92
Tests de contrôle	0,89

Par ailleurs, l'OMS ayant fixé à 25 % et 50 % les seuils d'identification par filtration des communautés à risque modéré et élevé de bilharziose, nous pouvons ici dégager des seuils équivalents pour les bandelettes réactives, à savoir : 27,9 % et 45,6 % de positifs au niveau d'hématurie 2 ou plus.

Figure 2 : Taux de prévalence obtenus par la filtration et par le test de contrôle (hématurie 2+)

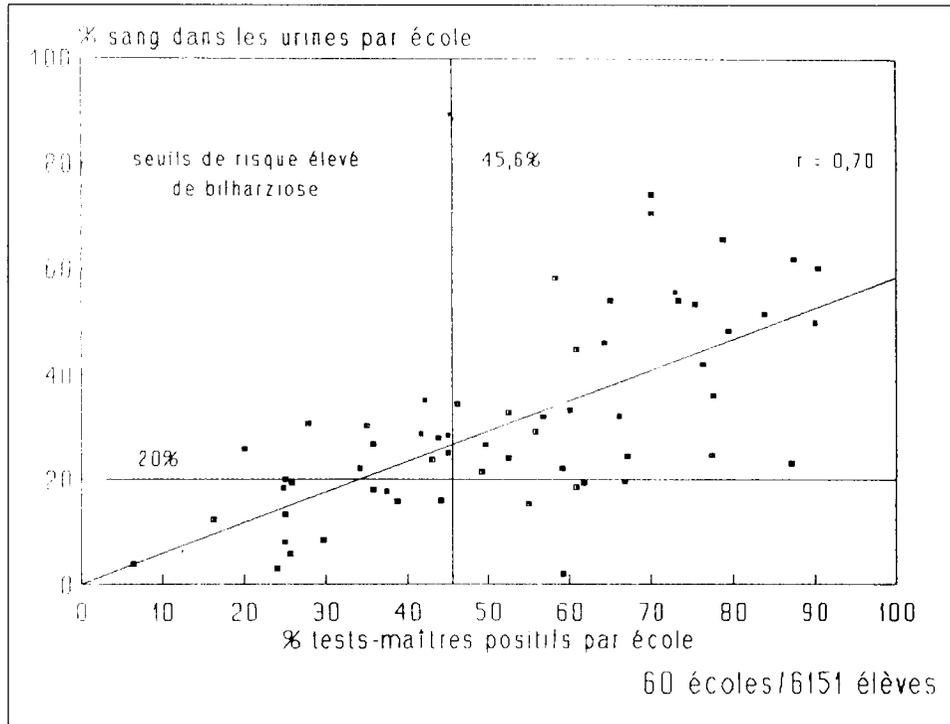


Tests des maîtres et tests de contrôle

La comparaison des tests réalisés d'une part par les maîtres et, d'autre part, par l'équipe bio-médicale permet de considérer les tests des enseignants comme référence pour évaluer l'efficacité des questionnaires. En fait, les coefficients de corrélation entre ces deux tests atteignent 85 % et laissent supposer que les mesures réalisées par les maîtres ont été faites correctement.

Questionnaires-élèves

Figure 3 : Taux de prévalence obtenus par le test-mâtres (hématurie 2+) et par l'Item "sang dans les urines" du questionnaire-élèves



Le tableau 3 donne les coefficients de corrélation entre les résultats des tests des maîtres (niveau 2 ou plus d'hématurie) et les deux items du questionnaire-élèves concernant la schistosomiase, c'est-à-dire : "sang dans les urines" et "bilharziose". La corrélation est ici effectuée sur les pourcentages de positifs par école selon les différentes méthodes. Le pourcentage d'élèves par école ayant répondu avoir du sang dans les urines apparaît donc comme le meilleur indicateur de la bilharziose.

Tableau 3 : Coefficients de corrélation entre les taux de prévalence du questionnaire-élèves et du test-mâtres

60 écoles/6151 élèves

Hématurie 2 ou plus	r
"sang dans les urines"	0,70
"bilharziose"	0,60

P < 0,001

La figure 3 permet de constater que seules cinq écoles positives, d'après les tests-maîtres, ont une proposition de réponses positives à l'Item, "sang dans les urines", inférieure à 20 %.

Questionnaires-maîtres

Dans ce questionnaire, il était demandé aux enseignants de classer de un à six un certain nombre de maladies dont la schistosomiase. Le tableau 4 donne les pourcentages de maîtres ayant classé la bilharziose aux différents niveaux. Plus de 60 % d'entre eux l'ont placée dans les trois maladies les plus importantes pour leur communauté.

Tableau 4 : Classement de la bilharziose par les enseignants

Rang	1	2	3	4	5	6	9
%	11	27	24	11	13	10	4

Les enseignants devaient classer de la même façon des symptômes parmi lesquels figurait le sang dans les urines, mais le classement de la schistosomiase parmi les autres maladies semble plus performant comme le montre le tableau 5 qui donne les coefficients de corrélation avec les résultats des tests par bandelettes. Notons toutefois que ceux-ci sont moins élevés que dans le cas des questionnaires-élèves.

Tableau 5 : Coefficients de corrélation entre les résultats des tests-maîtres et ceux du questionnaire-maîtres.

Questionnaire-maîtres Classement	hématurie 2 ou + r
de la schistosomiase	0,70
du sang dans les urines	0,60

P < 0,01

Performance du diagnostic

Le tableau suivant décrit la performance des deux questions les plus efficaces, à savoir : le "sang dans les urines" du questionnaire-élèves et le classement de la bilharziose du questionnaire-maîtres. L'efficacité a été appréhendée à la fois par le coefficient d'efficacité, mais aussi par la valeur prédictive négative qui représente en fait la probabilité de ne pas se tromper en écartant d'un éventuel traitement une école qui serait en réalité positive.

Le seuil de prévalence pour un risque élevé de bilharziose est celui défini précédemment à savoir : 45,6 % d'enfants positifs dans une école donnée au niveau deux ou plus d'hématurie mesurée par les bandelettes réactives.

Tableau 6 : Performance du diagnostic

	Quest.-élèves "sang/urines" (a)	Quest.-maîtres "bilharziose" (b)
Seuil de positivité des questionnaires	20 %	Rang 4 (c)
Sensibilité	85,7	88,2
Spécificité	52,0	45,5
P.V.+	59,8	57,4
P.V.	81,4	82,3
Efficacité	71,7	71,4

(a) %, par école, d'élèves ayant répondu avoir du sang dans les urines ;

(b) rang de la bilharziose dans le classement par les maîtres des 6 maladies les plus importantes ;

(c) les écoles de rang 1, 2, 3 et 4 sont considérées comme positives.

Les deux questionnaires donnent des résultats à peu près équivalents avec des sensibilités supérieures à 85 % et des valeurs prédictives négatives de l'ordre de 80 %. La détection des écoles à haut risque de bilharziose peut donc se faire selon les deux façons suivantes :

- d'après le questionnaire-élèves, les écoles dans lesquelles plus de 20 % d'enfants ont déclaré avoir du sang dans les urines sont considérées comme étant à risque élevé de bilharziose ;

- d'après le questionnaire-maîtres, les écoles dans lesquelles les maîtres ont classé la bilharziose dans les quatre premières maladies parmi les six plus importantes sont considérées comme étant à haut risque.

Coût des différentes méthodes

Le tableau 7 permet de comparer le coût de l'approche par questionnaires à celui de l'approche médicale plus couramment utilisée. Les coûts totaux

des diverses méthodes ont été ici évalués de façon à pouvoir couvrir l'ensemble des écoles du département en s'appuyant, le plus possible, sur les structures administratives déjà en place des Ministères de la Santé et de l'Education.

Tableau 7 : Coûts des différentes approches

US \$	Quest.	Q. + B.	Filtra.
Coût total	3523	9754	23105
Coût/élève	0,4	1,2	2,8
Coût/école	33	92	218
Rapport filtra	7	2,4	1

L'approche conjointe questionnaires et bandelettes (Q.+B.) a été évaluée dans les mêmes conditions que lors de l'étude, c'est-à-dire que les questionnaires ont été distribués dans les classes de CE2 et CM1 des 106 écoles du département alors que les tests par bandelettes n'ont été effectués que dans 60 écoles à titre de validation. Cette approche revient donc deux fois et demie moins chère que la méthode par filtration des urines.

DISCUSSION

Il est important ici de préciser que l'étude a été réalisée dans une région du Cameroun à prévalence élevée de bilharziose. Cela signifie que la perception de la maladie par les populations est réelle. On retrouve d'ailleurs le terme de bilharziose dans plusieurs langues locales, soit sous forme d'un nom spécifique, soit sous forme de traduction de son principal symptôme : "sang dans les urines" ou "urines rouges". Ceci peut peut-être expliquer le meilleur pouvoir diagnostique de l'item "sang dans les urines" du questionnaire-élèves. En effet, les calculs de sensibilité sont proches de 90 % aussi bien pour un risque modéré que pour un risque élevé de bilharziose. L'efficacité du diagnostic atteint également près de 90 % avec un seuil de positivité de l'item "sang dans les urines" de 15 % correspondant à un risque modéré de bilharziose.

Le questionnaire-maîtres, avec le classement de la bilharziose, est un peu moins performant. Par contre, les coefficients de corrélation calculés à partir des résultats des tests par bandelettes réalisés par les maîtres sont hautement significatifs et permettent de penser que cette méthode peut être également un bon moyen pour identifier les zones à risque modéré ou élevé de

schistosomiase. Par ailleurs, les réponses aux questionnaires complémentaires et les discussions avec les enseignants montrent à quel point la grande majorité d'entre-eux ont apprécié de pouvoir travailler sur un sujet, la santé de leurs élèves qui, jusqu'à présent, les préoccupait, mais sur lequel ils n'avaient peu ou pas d'informations ni de moyens d'agir.

La comparaison des coûts met en évidence le meilleur rapport coût-efficacité des méthodes étudiées, par rapport à la filtration des urines. L'approche questionnaires/tests-maîtres peut donc permettre, à moindres coûts et, dans des délais plus courts, d'identifier, dans un département donné, les villages à risque modéré ou élevé de bilharziose en vue d'un éventuel traitement.

Pour ce qui est des résultats des tests par bandelettes réalisés par les professeurs, les seuils correspondant à un niveau 2 ou + d'hématurie sont fixés par la présente étude à 27,9 % pour le risque modéré et 45,6 % pour le risque élevé. A partir de cela, les seuils de réponses positives à la question "sang dans les urines" devant permettre de discriminer les écoles seront fixés de façon à obtenir une efficacité maximale en fonction de la perception plus ou moins importante de la maladie par la population.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, les principaux résultats qui se dégagent sont les suivants :

a) La filtration d'urines a permis de fixer des seuils de prévalence adaptés aux résultats des tests par bandelettes, qui seront utilisés pour séparer les écoles selon les risques de bilharziose nul, modéré ou élevé correspondant à la classification de l'OMS (27,9 % et 45,6 % de tests supérieurs à 2).

b) Par ailleurs, l'hématurie (mesurée par bandelettes réactives) et l'émission d'œufs (mesurée par filtration des urines) sont étroitement liées chez les enfants de cette classe d'âge (10-14 ans).

c) Les corrélations entre les résultats des tests par bandelettes réalisés par les maîtres et par l'équipe OCEAC/IFORD montrent la capacité des enseignants à réaliser eux-mêmes ce genre de tests auprès de leurs élèves. Par ailleurs, l'intérêt dont ils ont fait preuve pour cette étude a souvent débouché sur une meilleure connaissance des moyens de transmission de la bilharziose et une sensibilisation accrue auprès de leurs élèves.

d) La meilleure performance de diagnostic est atteinte avec le pourcentage de réponses positives à l'item "sang dans les urines" du questionnaire-élèves. Les seuils de positivité permettant de classer les écoles selon le risque de bilharziose nul, modéré ou élevé sont : 15 % et 20 % pour le département du Mayo-Danay.

e) Sur les 106 écoles de la zone ayant renvoyé les questionnaires-élèves, la répartition de réponses positives à l'item "sang dans les urines" donne le classement suivant :

22 écoles négatives ;

11 écoles à risque modéré ;

73 écoles à risque élevé.

f) L'approche conjointe par questionnaires et tests coûte 2,4 fois moins chère que la méthode par filtration d'urines. Cette approche basée sur la perception par la population de la maladie, et s'appuyant sur le système scolaire, pourrait donc être reproduite au niveau des autres départements du pays.

* *

*

BIBLIOGRAPHIE

AUDIBERT M., JOSSERAN R., JOSSE R., ADJIDJI A.

Irrigation, schistosomiasis and malaria in the Logone Valley, Cameroon - Am. J. Trop. Med. Hyg., 1990, 42, 550-560.

AUDIBERT M.

Projet de recherche sur le développement de la zone de Maga. Que sait-on de la prévalence de la bilharziose dans le Mayo-Danay - Aix en Provence, 1981, Centre d'économie de la santé, Faculté des sciences économiques, document interne, 10 p.

BEAUVOIT M. P.

Distribution géographique des bilharzioses humaines et des hôtes intermédiaires des schistosomes au Cameroun. Possibilités de lutte - Thèse de médecine, Université de Bordeaux II - n° 66, 1986.

DACKAM R., DESFONTAINE M., MOHOME N., SALANAVE B.

Identification des communautés à haut risque de bilharziose urinaire : une étude multi-nationale. Rapport final : Cameroun - OMSTDR/SER, 1991, 90 p.

DELAS A., DESCHIENS R., NGALLE EDIMO S., POIRIER A.

Les bilharzioses à *S. intercalatum* au Cameroun - Bull. Soc. Path. Ex., 1978, 61, 625-640.

DELOLME H., COT M., JANNIN J., CARRIE J., SENTHILE L.

Résultats préliminaires du programme de lutte contre la bilharziose à *S. haematobium* dans le périmètre rizicole de la SEMRY I à Yagoua (Nord-Cameroun) - Bull. Liais. Doc., OCEAC, 1983, 56, 75-92.

DIZIAIN R.

Densité de la population, démographie, économie rurale dans les subdivisions de Guider, Kaélé et Yagoua (Nord-Cameroun) - Orstom, Paris - Sociologie, n° 1962, fév. mars 1954, 113 p., 18 cartes.

IMPM, USAID

Projet de recherches sur la bilharziose : enquête nationale - Yaoundé, polycop., 34 p.

LENGELER C.

Rapid, low-cost, two-step method to screen for urinary schistosomiasis at the district level : the Kilosa experience - Bulletin of the WHO : 69 (2), 1991, 10 p.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Scolarisation primaire dans la Province de l'Extrême-Nord - Yaoundé, 1976.

RAOULT C., RATARD R. C., GREER G. J.

A new focus of schistosoma haematobium / intercalatum hybrid in Cameroon - Am. J. Trop. Med. Hyg., 1991, 45, 332-338.

RATARD R. C., KOUEMENI L. E., EKANI BESSALA M.M., NDAMKOU C. N., GREER G. J., SPILSBURY J., CLINE B. L.

Human schistosomiasis in Cameroon. Distribution of schistosomiasis - Am. J. Trop. Med. Hyg., 1990, 42, 561-572.

YELNIK A., ISSOUFA H., APPRIOU M., TRIBOULEY J., GENTILINI M., RIPERT CH.

Etude épidémiologique de la bilharziose à S. haematobium dans le périmètre rizicole de Yagoua (Nord-Cameroun). Prévalence de l'infestation et évaluation de la charge parasitaire - Bull. Soc. Path. Ex., 1982, 75, 62-71.

* *

*

Université Catholique de Louvain
Département des Sciences de la Population et du Développement
INSTITUT DE DEMOGRAPHIE

Chaire Quetelet 1993
"LE TEMPS ET LA DEMOGRAPHIE"

Louvain-la-Neuve, 14-17 septembre 1993

Programme provisoire et appel aux communications

La 19e Chaire Quetelet se tiendra à Louvain-la-Neuve, du mardi 14 (après-midi) au vendredi 17 septembre 1993.

14 septembre :

Célébration du 30e anniversaire de l'Institut de Démographie

Séance inaugurale : "Le Temps et l'Homme"

C'est au cours de la séance inaugurale de la Chaire Quetelet 93, le 14 septembre après-midi, que l'Institut de Démographie fêtera son **30e anniversaire**. Pour cette occasion, le comité organisateur a fait appel à un physicien, un paléontologue et un philosophe qui, en guise d'introduction au thème du colloque, présenteront leurs réflexions sur différents aspects de la dimension temporelle de l'homme et du monde :

- Hubert Reeves (sous réserves) : "Le Temps de l'Univers".
- Edouard Boné : "Le Temps de l'Humanité".
- Jean-Michel Counet : "Le Temps de l'Homme".

Les journées des 15 et 16 septembre seront consacrées à une confrontation des diverses approches disciplinaires du temps comme dimension fondamentale des phénomènes humains, spécialement ceux qui, à un titre ou à un autre, relèvent de la démographie.

15 septembre : **"Le Temps et les Sociétés"**

On envisagera l'intérêt que peuvent présenter pour les démographes les approches du temps, propres aux anthropologues, aux sociologues, aux

historiens, entre autres, quand ils se penchent sur les structures et les évolutions des populations.

16 septembre : **"Le Temps et les Individus"**

On cherchera ici à multiplier les points de vue sur les divers modes d'ancrage de la vie de l'homme sur l'échelle du temps, en regroupant les interventions autour de quelques sous-thèmes : "âge et vieillissement", "les phases de la vie", "l'emploi du temps", "mémoire"...

17 septembre : **"Les démographes et le Temps"**

Cette dernière journée permettra aux démographes de faire le point sur leurs manières spécifiques d'appréhender le temps dans leurs observations, leurs analyses, leurs modèles.

Conférence de clôture par Albert Jacquard : "La finitude de la planète et le futur des hommes".

Principaux orateurs invités : M. Bekombo-Priso, M. Loriaux, P. Bourdelais, M. Singleton, G. Wunsch, C. Vandeschrick, M. Biaye.

Les langues utilisées sont le français et l'anglais, *sans traduction*.

Les projets de communications spontanées peuvent être soumis dès maintenant au comité organisateur.

Informations : Chaire Quetelet 93 - Institut de Démographie, UCL
1, place Montesquieu - B - 1348 LOUVAIN-LA-NEUVE,
Belgique - Tél. : (32 ou 0). 10.47.29.51
Fax : (32 ou 0). 10.47.29.52.

* *

*