

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR DU MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE

Discipline : Démographie

présentée et soutenue publiquement
par

Géraldine DUTHÉ

Le 14 avril 2006

**La transition sanitaire en milieu rural sénégalais.
Évolution de la mortalité à Mlomp depuis 1985 et
influence du paludisme chimiorésistant.**

Sous la direction de :

Gilles PISON

JURY

Jean-Philippe CHIPPAUX	Directeur de recherche	Institut de recherche pour le développement
Awa Marie COLL-SECK	Professeure	Université Cheikh Anta Diop de Dakar Organisation mondiale de la santé
France MESLÉ	Directrice de recherche	Institut national d'études démographiques
Gilles PISON	Professeur	Muséum national d'histoire naturelle Institut national d'études démographiques
Catherine ROLLET	Professeure	Université de Versailles-Saint-Quentin-en- Yvelines

Année 2006

*Je dédie cette thèse à Géraldine Sambou,
née à Mlomp en 2002.*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, Gilles Pison, qui m'a offert l'opportunité de réaliser ce doctorat. Il en a assuré les bonnes conditions et m'a permis d'accomplir ce travail au sein d'une équipe de recherche très dynamique et motivante.

Je souhaite remercier ma tutrice à l'Ined, France Meslé, qui a suivi ce travail et son auteure de la meilleure façon qui soit. Sa précieuse contribution, par ses conseils et son aide, m'a été indispensable pour mener à bien cette thèse.

Je remercie Catherine Rollet et Jean-Philippe Chippaux d'être rapporteurs de la thèse, Awa Marie Coll-Seck de faire partie du jury. Je suis très reconnaissante à Catherine Rollet d'avoir accepté, dans des délais très courts, de suppléer Etienne Van de Walle à qui je souhaite rendre hommage.

Ce travail a été réalisé grâce à un financement du programme PAL+ du Ministère de la recherche et à l'appui de l'Institut national d'études démographiques où j'ai eu la chance d'être accueillie. Je souhaite remercier particulièrement son directeur François Héran pour son soutien aux doctorants et pour les « Samedi de l'Ined ». J'ai été doctorante dans deux unités de recherche dont je remercie tous les membres, notamment leurs responsables successifs qui m'ont aidée et soutenue à plusieurs reprises : Jacques Vallin, Nicolas Brouard, Magali Barbieri et France Meslé. Le service des enquêtes a joué un rôle essentiel dans le suivi de la collecte et la gestion de la base de données. Je remercie les responsables Pascal Arduin et Cécile Lefèvre. J'ai eu grand plaisir à collaborer avec Raphaël Laurent (tu peux lever le bouclier de protection maintenant !), Sandrina Ragazzi et Frédéric Arcens. Merci aux « secouristes » statistiques et informatiques : Arnaud Bringé, Yann Périn, Eric Mangeot, Bénédicte Garnier et André Wielki. Merci aussi à Yves Blin, secrétaire général de l'Ined, aux assistantes de recherche Christine Gandrille et Sophie Bellis, à Cyril Le Bihan pour la logistique parfois un peu compliquée, Sekene Baradji pour sa bienveillance le soir.

Je remercie le Muséum national d'histoire naturelle, Guillaume Lecointre, directeur de l'école doctorale, Yvette Pallix au service de la scolarité, et le service médical qui m'a permis de partir à chaque fois sereine en mission.

À l'Institut de recherche et développement, je remercie Jean-François Trape de m'avoir fait partager sa connaissance des causes de décès à Mlomp (et découvrir la faune du désert

mauritanien), ainsi que Philippe Brasseur pour ses informations sur le programme de lutte contre le paludisme à Mlomp.

Un grand merci aux membres de « l'équipe Ined » à Mlomp sans qui ce travail ne pourrait pas être : Joseph Sambou (« le futur maire de la ville »), Martine Sambou et Adama Sow Sambou, qui ont été aussi mes interprètes, Gervais Sambou, Maame Henriette Diatta, Léon Manga, Agnès Diatta, Edwige Djikoune, Christiana Sambou, Brigitte Diatta, Rosine Dieddhiou, Léonie Diagne, Anaïs Sambou, Fatou Signaté et Soliba Diatta (« l'entendeur de *Bunuk* »).

Je remercie l'infirmière du dispensaire de Mlomp, Sœur Marie-Joëlle, pour son accueil et sa confiance. Je profite de l'occasion pour dire combien je suis admirative de son travail et lui souhaiter tout le courage nécessaire pour la suite.

Je tiens aussi à remercier les habitants de M'Lomp et de Kajinool pour leur accueil chaleureux, leur gentillesse et leur disponibilité.

J'ai également eu la chance d'aller à Bandafassi et je remercie Gérard Mamoudou Kamara et Paul Senghor avec qui j'ai fait équipe à cette occasion.

Beaucoup de collègues et amis m'ont aidée et soutenue : *special thanks to Mary, the best coach I could have*, un immense merci à Manue pour son soutien de la première heure (un mauvais point quand même pour la photo !). Compliments à mes colloqs de bureau pour m'avoir supportée : Christelle, Elena, Marie et en particulier Malick et Eva (merci pour la tasse et tout le reste) durant les derniers mois. Je souhaite beaucoup de courage à celles à ceux qui n'ont pas encore tout à fait terminé mais qui ne sont pas loin, notamment Amandine, Laure, Magali et Lionel. Et puis il y a Laurent et ses modèles, Armelle et sa motivation, Marcel et son zen, Manou et ses histoires drôles, Geneviève et ses chocolats, Gaëlle et son optimisme, Lisa et son soutien de 10 km... Enfin, je remercie tous les autres collègues qui ont rendu ces années de thèse sympathiques.

Mes derniers remerciements vont à ma famille pour son aide très précieuse et son soutien irréprochable à ce projet de longue haleine : Stéphanie, Elisabeth, Michel (merci pour la relecture) et Jacqueline.

SOMMAIRE	
<i>Introduction générale</i>	1
<i>Première partie. Étude de la mortalité en Afrique subsaharienne et présentation de Mlomp</i>	9
Chapitre 1. L'étude de la mortalité en Afrique Subsaharienne	11
Les courants explicatifs de l'évolution de la mortalité dans les pays du Sud	12
Les freins à la baisse de la mortalité en Afrique subsaharienne	22
Comment étudier la mortalité en Afrique subsaharienne ?	29
Conclusion	45
Chapitre 2. L'observatoire de population et de santé de Mlomp	47
Présentation de la zone d'étude	48
Présentation de l'observatoire	59
Conclusion	69
Chapitre 3. La population de Mlomp et son évolution démographique au cours du 20 ^e siècle	71
Structure de la population de Mlomp	72
Évolution démographique au cours du 20 ^e siècle	82
Conclusion	102
Chapitre 4. Le dispositif sanitaire au Sénégal et à Mlomp	103
Le système de santé sénégalais : vers une meilleure couverture du territoire	104
Le dispositif sanitaire à Mlomp	114
Conclusion	128
Chapitre 5. Le recours aux soins à Mlomp	129
Représentations de la maladie et de la mort	130
Multiplicité et complexité du recours aux soins	136
Arrêt et absence de recours	150
Conclusion	153
<i>Deuxième partie. Étude de la mortalité à Mlomp</i>	155
Chapitre 6. Structure de la mortalité par âge et sexe à Mlomp depuis 1985	157
Structure par âge de la mortalité à Mlomp selon le sexe	158
Les tables types de mortalité	164
Structure de la mortalité au Sénégal et dans d'autres zones rurales	174
Évolution de l'écart entre hommes et femmes depuis 1985	179
Conclusion	185

Chapitre 7. Mortalité différentielle dans l'enfance à Mlomp depuis 1985	187
Déterminants de la mortalité des enfants en Afrique subsaharienne	188
Modèles d'analyse différentielle de la mortalité à Mlomp	199
Évolution des déterminants de la mortalité dans l'enfance depuis 1985	215
Conclusion	222
Chapitre 8. Mortalité différentielle de 15 à 60 ans à Mlomp depuis 1985	223
Déterminants de la mortalité adulte	224
Analyse différentielle	228
Évolutions de la mortalité adulte depuis 1985	246
Conclusion	253
Chapitre 9. Étude des causes de décès à Mlomp depuis 1985	255
La fiabilité des données sur les causes de décès à Mlomp	256
La mortalité par cause de décès à Mlomp (1985-2003)	270
Conclusion	290
Chapitre 10. Les freins à la baisse de la mortalité à Mlomp	291
La recrudescence du paludisme chez les enfants	292
Les problèmes sanitaires de la population adulte	307
Conclusion	320
<i>Conclusion générale</i>	321
<i>Bibliographie</i>	327
<i>Sigles et acronymes</i>	351
<i>Glossaire</i>	353
<i>Table des matières</i>	357
<i>Annexes</i>	367

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Incertitudes sur la transition sanitaire en Afrique subsaharienne

En Afrique au sud du Sahara, la mortalité a beaucoup reculé pendant la deuxième moitié du 20^e siècle. C'est principalement le recul des maladies infectieuses entre 1 et 5 ans lié aux progrès médicaux et sanitaires qui explique cette diminution (Desgrées du Loû et Pison, 1996). La baisse de la mortalité n'est toutefois pas seulement le résultat de ces progrès. Le concept de la transition sanitaire fournit un cadre plus large pour expliquer l'évolution de la mortalité sur laquelle pèse de multiples facteurs (Lerner, 1973 ; Caldwell *et al.*, 1990). Le développement économique insuffisant, les problèmes alimentaires, la forte fécondité et, plus généralement le contexte socioculturel sont des freins à la baisse de la mortalité en Afrique subsaharienne (Piché et Poirier, 1990, 1995 ; Tabutin, 1997, 1999). Les maladies évitables par vaccination sont encore loin d'être éradiquées : responsable de plus de 700 000 décès en 2001, la rougeole par exemple est toujours une des maladies les plus meurtrières au monde (OMS, 2002). Malgré des efforts indéniables en matière de couverture vaccinale des enfants, celle-ci est encore loin d'être satisfaisante, la déperdition étant particulièrement forte entre deux rappels d'injections, et on observe même dans certains pays, comme le Sénégal, une dégradation récente du système (Sow *et al.*, 1999a).

Dans certaines régions au sud du Sahara, la mortalité a cessé de diminuer, elle a même augmenté dans les dernières décennies et globalement l'espérance de vie à la naissance en Afrique subsaharienne diminuerait depuis les années 1990 (Nations Unies, 2005). Cette détérioration n'est pas seulement due au sida, dont l'émergence a eu des conséquences graves sur la mortalité (Timæus, 1999). La recrudescence du paludisme est un autre problème préoccupant.

Chaque année, plusieurs centaines de millions de personnes sont malades du paludisme et l'OMS estimait à plus de 1 million le nombre de décès dus au paludisme en 2002 (OMS, 2004). Aucun vaccin n'est aujourd'hui disponible. Le paludisme à *Plasmodium falciparum* est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité des enfants en Afrique tropicale

(Baudon, 2000). La lutte contre le paludisme a longtemps été fondée sur la chimiothérapie des accès palustres avec la chloroquine*¹ : ce médicament antipaludéen est simple d'emploi, bien toléré et bon marché. Malheureusement le parasite développe des résistances aux traitements et une résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine est apparue sur le continent africain à la fin des années 1970 à l'Est du continent. Elle a touché l'Afrique de l'Ouest une décennie plus tard. Le traitement à la chloroquine n'est donc plus aussi efficace qu'auparavant. Bien qu'elle accroisse le risque de décéder, les conséquences de la chloroquino-résistance sur l'évolution de la mortalité palustre en Afrique sont généralement mal connues et la redéfinition d'une stratégie de lutte antipaludique nécessite de nouvelles recherches. La prévention avec l'utilisation de moustiquaires imprégnées reste un des piliers de la lutte contre le paludisme et localement, de nouveaux traitements sont mis en place : l'association de deux médicaments, l'amodiaquine* et l'artesunate*, paraît très prometteuse (Brasseur *et al.*, 1999). En plus de l'efficacité médicale de ces traitements, les comportements des individus en matière de prévention et de recours aux soins (préventif, présomptif et curatif) jouent un rôle essentiel dans le succès de ces nouveaux programmes.

Parallèlement à ce phénomène d'émergence et de recrudescence de maladies infectieuses et parasitaires, on assiste à une augmentation du poids des maladies non transmissibles comme les affections cardiovasculaires et les cancers qui constituent désormais une grande part des causes de décès et touchent les adultes à des âges plus jeunes que dans les pays à faible mortalité (Prost, 2000a). Outre la présence de comportements à risque, la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires serait aussi en cause, mais ces mécanismes sont encore mal connus (par exemple, le rôle de la prévalence de l'hépatite B dans la survenue d'un cancer du foie). On parle ici d'une transition sanitaire de la « double charge » (OMS, 2003) qui ne correspond pas au schéma classique de la transition épidémiologique, à savoir le remplacement des maladies transmissibles affectant beaucoup de jeunes enfants par des maladies non transmissibles touchant les adultes et surtout les personnes âgées (Omran, 1971).

La connaissance de cette nouvelle donne épidémiologique est primordiale pour pouvoir définir et orienter les programmes de santé à venir. Différentes sources permettent d'estimer

¹ Les termes détaillés dans le glossaire en fin de volume sont indexés d'un astérisque quand ils apparaissent pour la première fois dans le texte.

la mortalité mais elles sont malheureusement insuffisantes dans cette région du monde pour pouvoir étudier la mortalité de façon précise, que ce soit pour les niveaux ou pour les causes de décès pour lesquelles on dispose de très peu d'informations. Le niveau de mortalité des enfants en Afrique subsaharienne est relativement bien connu - grâce notamment aux nombreuses enquêtes démographiques et de santé (EDS)-, mais ses composantes et les causes de décès le sont bien moins. Peu d'informations existent sur la mortalité après 5 ans. Avec la modification du contexte sanitaire, une meilleure connaissance de la mortalité adulte est pourtant devenue indispensable (Feachem *et al.*, 1992a). Bien que non représentatifs au niveau national, les sites de suivi démographique et sanitaire ont pour objectif de combler ce déficit.

Enrayement de la baisse de la mortalité à Mlomp, en milieu rural sénégalais

Ainsi, un observatoire de population et de santé a été mis en place en 1985 à Mlomp, en milieu rural sénégalais (Pison *et al.*, 2001a). Au sein d'un espace géographique relativement petit, les caractéristiques socioéconomiques, sanitaires et environnementales sont assez homogènes dans la population. Cet observatoire assure un suivi démographique annuel de toute la population de la zone permettant de mesurer le niveau de mortalité et d'étudier la mortalité par cause de décès des enfants et des adultes grâce à la méthode de l'autopsie verbale.

À partir des données rétrospectives recueillies au moment du recensement initial, on a pu observer l'évolution du niveau de mortalité infanto-juvénile au cours du 20^e siècle. Celui-ci a fortement diminué à partir de 1960 pour atteindre dans les années 1980 un niveau relativement bas pour une zone rurale du Sénégal, grâce à l'efficacité du dispositif sanitaire (Pison *et al.*, 1993).

L'espérance de vie de l'ensemble de la population a diminué au cours des vingt années d'observation : la mortalité avant 5 ans a beaucoup augmenté au début des années 1990 ; celle des adultes a augmenté tout au long du suivi. Cette situation défavorable, qui fait écho à la situation nationale et internationale, est préoccupante dans un contexte sanitaire local pourtant plutôt satisfaisant.

Ce constat constitue le point de départ de notre recherche qui consiste à identifier les groupes de la population touchés par ce phénomène, les causes de décès qui y contribuent et à en comprendre les raisons. Observe-t-on des phénomènes d'émergence et de recrudescence de maladies infectieuses ? Les adultes subissent-ils le poids cumulé des maladies infectieuses et celui des causes non transmissibles ? La mortalité de Mlomp est-elle caractéristique d'une transition sanitaire de « double charge » ?

Identification des facteurs qui entravent la transition sanitaire à Mlomp

La seule rupture dans les programmes de santé de la zone est l'arrêt en 1993 du programme de prophylaxie* qui consistait en un traitement préventif des accès palustres en saison des pluies. En effet, le traitement à base de chloroquine n'était plus efficace contre le *Plasmodium falciparum** à Mlomp et l'incidence des décès par paludisme y a été multipliée par sept (Trape *et al.*, 1998). Dès lors, on peut imaginer un lien entre l'évolution de la mortalité générale et l'apparition du paludisme chimiorésistant. On peut aussi tenter de mesurer les conséquences de son développement sur la mortalité. Dans cette recherche, une attention particulière est donc portée à la mortalité palustre initialement identifiée comme responsable de cette hausse. Pour faire face au paludisme chimiorésistant, un traitement de bithérapie a été mis en place à Mlomp depuis 2002 et nous pouvons observer l'impact des changements de stratégie qui ont tous eu lieu depuis le début du suivi. Pour l'heure, la prévention reste un des moyens efficaces pour combattre cette maladie, une enquête qualitative menée à Mlomp en saison des pluies apporte un éclairage sur les comportements de recours aux soins et de prévention des accès palustres des habitants.

Mais l'augmentation de la mortalité générale n'est pas uniquement liée à la résurgence du paludisme. D'autres déterminants peuvent peser sur la mortalité dans l'enfance. En outre, une grande part du frein à la baisse de la mortalité se situe aux âges adultes. Or, du fait de leur prémunition acquise plus jeunes, les adultes de la zone ne meurent pas du paludisme. On cherchera donc les autres facteurs d'ordre étiologique mais aussi socioéconomique, familial, comportementaux, etc., qui contribuent à entraver une transition sanitaire pourtant bien amorcée.

Pour étudier les niveaux de mortalité et les causes de décès, il conviendra de s'interroger sur les données dont nous disposons et de spécifier leur intérêt, leurs limites et la façon dont nous pouvons les traiter. La méthode de l'autopsie verbale induit de nombreux biais dans la détermination des causes de décès, surtout à l'âge adulte (Chandramohan *et al.*, 1994). Bien que l'apport d'informations sanitaires provenant des infrastructures sanitaires qui existent localement permette de rendre plus fiable les données dont nous disposons, la statistique des causes de décès reste assez délicate à traiter.

* *
*
*

La première partie de la thèse est consacrée à la présentation du cadre de l'étude puis de l'objet d'étude proprement dit.

Le premier chapitre présente le contexte général de cette recherche. Il reprend les différents facteurs de baisse de la mortalité dans les pays du Sud qui ont été identifiés dans la littérature. La situation préoccupante de la mortalité en Afrique subsaharienne dans les dernières décennies nous amènera à poser le problème de l'étude de la mortalité dans cette région de monde qui manque cruellement de données sanitaires, comme le montre l'exemple du Sénégal. Les observatoires de population constituent un apport de données originales.

Dans le deuxième chapitre, nous présentons l'observatoire démographique et sanitaire de Mlomp. La zone d'étude, la population et le protocole d'enquête y sont décrits. Le troisième chapitre résume les évolutions démographiques observées au cours du 20^e siècle. Les migrations, la fécondité et la mortalité y sont étudiées d'un point de vue historique ou rétrospectif, puis prospectif à partir de 1985. La fin de ce chapitre marque le début de notre questionnement en présentant l'évolution de la mortalité observée depuis cette date.

Le quatrième chapitre propose une explication sanitaire du niveau, relativement bas pour une zone rurale africaine, de la mortalité dans l'enfance. La présentation du dispositif sanitaire nous permet d'identifier un problème préoccupant pour les acteurs de santé : l'émergence depuis la fin des années 1980 du paludisme chimiorésistant et l'inefficacité croissante de la chloroquine dans le traitement des accès palustres.

Mais le contexte sanitaire local n'est pas seulement fonction des institutions sanitaires locales. Entre absence et recours à des soins, médecine traditionnelle et allopathique, automédication et consultation, il existe une multiplicité et une grande complexité de comportements en matière de recours aux soins qui font l'objet du cinquième chapitre.

La connaissance du contexte sanitaire global en Afrique subsaharienne et local à Mlomp nous engage dans la seconde partie qui a pour objectif d'analyser la mortalité observée à Mlomp depuis 1985.

Le sixième chapitre présente une analyse détaillée par âge et par sexe des niveaux de mortalité qui sont comparés aux tables types de mortalité, et également à la structure de la mortalité observée dans deux autres sites ruraux du Sénégal : Bandafassi et Niakhar. En dernière partie, la contribution des différents âges à l'évolution de l'espérance de vie nous permet d'identifier plus clairement les groupes touchés et les périodes concernées par la hausse de la mortalité.

Les deux chapitres suivants présentent une analyse différentielle de la mortalité, pour les enfants de moins de 15 ans dans le sixième chapitre et pour la population âgée de 15 à 60 ans dans le septième. Nous essayons ainsi de dégager les facteurs socioéconomiques, familiaux, culturels, biologiques, environnementaux ainsi que les comportements de fécondité et de santé qui contribuent à l'évolution constatée de la mortalité dans des sous-groupes d'individus distingués selon l'âge et le sexe.

Le neuvième chapitre propose une analyse des causes de décès identifiées à partir des autopsies verbales et des informations sanitaires recueillies auprès des institutions sanitaires de la zone. Ces données souffrent d'un certain nombre de biais, notamment du fait de l'importance des causes mal définies ou inconnues pour lesquelles un traitement particulier est nécessaire. Il est néanmoins possible d'étudier le poids des différentes causes biomédicales qui jouent sur la mortalité dans l'enfance puis aux âges adultes et d'identifier ainsi les maladies dont l'évolution récente apparaît préoccupante.

Le dixième chapitre revient sur deux problèmes majeurs identifiés dans le contexte de la transition sanitaire en Afrique subsaharienne et retrouvés dans le contexte de Mlomp : d'une part, la recrudescence d'une maladie infectieuse, le paludisme, et une évaluation des moyens de lutte les plus efficaces ; d'autre part, le poids cumulé aux âges adultes de deux catégories de maladies : infectieuses et non transmissibles, avec une attention particulière portée à la mortalité violente.

Dans la conclusion générale, les perspectives de la transition sanitaire à Mlomp sont discutées, ainsi que la nécessité d'approfondir notre connaissance de la morbidité et des comportements à risques pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

PREMIÈRE PARTIE

**ÉTUDE DE LA MORTALITÉ
EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE
ET
PRÉSENTATION DE MLOMP**

CHAPITRE 1. L'ÉTUDE DE LA MORTALITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Partout dans le monde, la mortalité a beaucoup baissé au cours du 20^e siècle. Pourtant, la mortalité n'évolue pas de la même façon dans les pays actuellement en développement que dans les pays industrialisés qui ont « achevé » leur transition démographique. La notion d'achèvement devient d'ailleurs obsolète au regard des progrès sur la mortalité qui continuent d'être constatés dans les pays les plus avancés. À l'opposé, les populations des pays du Sud connaissent des espérances de vie à la naissance bien plus faibles, avec des évolutions disparates selon les régions du monde.

La transition sanitaire offre un cadre analytique pour expliquer les niveaux et les tendances de la mortalité, la possibilité d'une stagnation, voire d'une augmentation, à un niveau encore relativement élevé. Nous verrons dans ce chapitre comment se positionne l'Afrique subsaharienne du point de vue de la transition sanitaire et nous présenterons à titre illustratif la mortalité au Sénégal. L'étude du niveau de la mortalité et de sa structure n'est pas évidente dans un contexte où les sources qui sont habituellement utilisées restent défailtantes et des méthodes particulières de recueil de données ont été développées dans les pays du Sud pour pallier ce manque.

1. Les courants explicatifs de l'évolution de la mortalité dans les pays du Sud

1.1. De la transition démographique à la transition sanitaire

- *Les théories de la transition démographique*

Le milieu du 18^e siècle marque une rupture dans l'évolution de la mortalité, avec l'augmentation de l'espérance de vie en Europe alors que celle-ci était toujours restée très faible autour de 25 ou 30 ans (Meslé et Vallin, 2002). Cette rupture est le point de départ de la transition démographique : le passage d'un régime démographique caractérisé par de hauts niveaux de fécondité et de mortalité à un autre régime équilibré, mais avec des taux plus faibles et plus stables de fécondité et de mortalité ; la période de transition, avec une mortalité plus faible que la fécondité, donnant lieu à une augmentation temporaire de l'accroissement naturel (Chesnais, 1986).

Développée par Adolphe Landry (1934) pour expliquer l'évolution de la population européenne, la « révolution démographique » est devenue « transition démographique » et s'est imposée comme un phénomène démographique mondial (Notestein, 1953). Elle s'est progressivement étendue aux pays du Sud et a accompagné leur développement, comme ce fut le cas en Europe où elle a eu un lien étroit avec l'industrialisation et l'urbanisation. Pour dépasser la simple description de ce phénomène démographique, la théorie de la transition démographique des pays en développement et l'identification des facteurs qui l'ont amorcée ont revêtu, au fil du temps et selon les zones géographiques étudiées, des formes différentes (Leboutte, 1995 ; Gendreau et Piché, 2001) : dans un contexte colonial, elle opposait les sociétés traditionnelles aux sociétés modernes européennes, l'approche évolutionniste et ethnocentrique adoptée par les scientifiques de l'époque supposant que les premières suivraient le modèle des seconds ; dans les années 1950-1960, on considérait que les sociétés étaient en interaction, ce qui amenait une diffusion purement mécanique de la modernisation et de la transition démographique.

Mais si le schéma de la transition démographique est considéré comme universel, les niveaux, les différentes phases et leur durée ne le sont pas. Alors que la transition démographique dans les pays du Nord s'étend sur près de deux siècles, dans les pays du Sud, elle a été beaucoup plus rapide. La baisse de la mortalité s'y est enclenchée au plus tôt au début du 20^e siècle (pour certains pays d'Amérique latine) et pour la plupart après la seconde

guerre mondiale. Certains d'entre eux sont déjà en passe d'achever leur transition, tandis que pour d'autres (Afrique de l'Ouest, Centrale et de l'Est), la baisse de la fécondité est à peine amorcée. La théorie de la transition démographique appliquée aux pays en développement s'oriente alors vers une logique plus « interventionniste » sur les comportements individuels (Piché et Poirier, 1990 ; 1995) : face à l'explosion démographique, l'attention se focalise sur la fécondité¹ avec une volonté de la réduire au moyen de la planification familiale (Caldwell, 1978).

Dans la plupart des pays du Sud, la mortalité a commencé à reculer entre les années 1930 et les années 1950 grâce aux technologies sanitaires comme les vaccins et les antibiotiques, qui ont apporté des solutions simples et efficaces. Les pays pauvres ont ainsi profité des progrès sanitaires des pays plus riches sans progrès économiques majeurs, c'est le cas notamment de la Chine (Meslé et Vallin, 2002 ; Preston, 1975). À la fin des années 1940, la quasi-éradication du paludisme en 2 ans au Sri Lanka est à ce titre spectaculaire puisqu'elle aurait permis de gagner 12 ans sur l'espérance de vie (Molineaux, 1985)². À l'instar des pays européens, les progrès sanitaires constituent au lendemain de la seconde guerre mondiale le facteur essentiel du déclin de la mortalité dans les pays en développement (Tabutin, 1999 ; Vallin, 1989). Mais la mortalité y reste toujours plus élevée. Et surtout, on constate une décélération de sa diminution (Tabutin, 1995). La poursuite de la baisse de la mortalité est-elle assurée ? La stabilisation attendue reste encore incertaine dans certains pays, et particulièrement en Afrique au sud du Sahara. Pour pouvoir comprendre les mécanismes de la baisse de la mortalité, il est nécessaire de s'intéresser à sa structure.

- *Des niveaux de mortalité aux causes de décès : la transition épidémiologique*

La baisse de la mortalité s'accompagne d'un changement progressif de sa structure par causes qu'on appelle la « transition épidémiologique » décrite et formalisée par Abdel Omran (1971). Dans un régime de forte mortalité, les décès surviennent surtout chez les enfants et sont essentiellement dus aux grandes maladies infectieuses et parasitaires. Les progrès médicaux et sanitaires permettent le recul massif de ces causes de décès et donc une diminution du niveau de mortalité. Progressivement, la part des décès adultes prend ainsi de l'ampleur. Or, ce ne sont pas les mêmes causes qui touchent les adultes, les principales étant identifiées comme les maladies « de société et de dégénérescence » (maladies

¹ Citons pour exemple les enquêtes mondiales de fécondité qui ont été réalisées dans 62 pays entre 1974 et 1986.

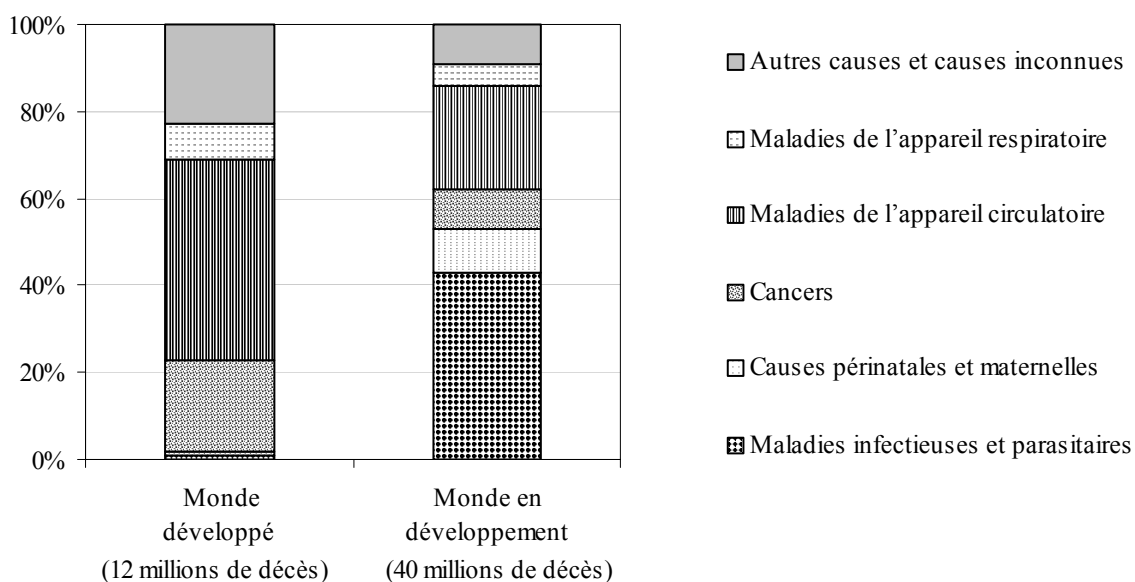
² Il existe néanmoins des controverses sur l'estimation du rôle de l'éradication du paludisme dans la baisse de la mortalité (Molineaux, 1985 ; Langford, 1996).

cardiovasculaires, cancers, diabète et accidents). Ces causes sont liées d'une part à des comportements courants représentant des risques pour l'individu (consommation alimentaire, tabagisme, circulation routière...) et d'autre part au processus biologique du vieillissement (Prost, 2000a ; Meslé et Vallin, 2002).

À la fin des années 1990, les maladies infectieuses et les maladies cardiovasculaires sont les causes de décès les plus importantes, responsables chacune d'un tiers des décès dans le monde (OMS, 1998a). Si elles ont un poids équivalent au niveau mondial, il existe une grande différence entre les pays développés et ceux en développement. Près de la moitié des décès sont liés aux maladies cardiovasculaires dans les pays riches, aux maladies infectieuses et parasitaires dans les pays pauvres (figure 1.1).

Figure 1.1.

Répartition des causes de décès de 1997 par niveau de développement



Source : OMS, 1998a³.

Bien qu'illustrative, cette présentation dichotomique des situations par rapport à la transition épidémiologique ne permet pas de montrer les disparités des situations qui existent dans le monde en développement. En outre, la récente maîtrise des affections cardiovasculaires dans les pays développés dépasse le cadre de la théorie d'Omran (Meslé et Vallin, 2002).

³ Depuis 1997, l'OMS n'a pas publié des données distinguées selon ces deux niveaux de développement.

- *La transition sanitaire : une approche plus large de l'évolution de la mortalité*

On parle donc plus généralement de « transition sanitaire » (Lerner, 1973) pour expliquer le recul de la mortalité, dans son aspect durable et évolutif. Aux progrès médicaux, s'ajoutent d'autres conditions que l'on peut considérer comme des réponses de la société aux problèmes de santé (Caldwell *et al.*, 1990) : l'amélioration de l'accès aux soins efficaces et la prévention d'une part, l'amélioration des conditions de vie et l'assainissement de l'environnement d'autre part (Prost, 2000a). Le recul de la mortalité est le reflet du développement sanitaire mais également social et économique. On peut donc concevoir que ce phénomène soit dynamique et ne soit pas unidirectionnel. Les changements suivent toutefois sur le long terme un modèle qu'il est possible d'identifier (Frenk *et al.*, 1991). Pour illustrer cette transition sanitaire, Jacques Vallin et France Meslé ont présenté un modèle de divergence-convergence lié au bénéfice différencié et décalé des progrès sanitaires et médicaux en distinguant trois phases (qui peuvent se cumuler) : celle de la maîtrise des maladies infectieuses, celle de la maîtrise des maladies cardiovasculaires et enfin celle de la maîtrise du vieillissement (2004).

Toutefois, l'évolution de la mortalité dans les pays en développement ne suit pas forcément le modèle de celle observée dans les pays développés.

1.2. La transition sanitaire dans les pays en développement

- *Émergence et recrudescence des maladies infectieuses et parasitaires*

En effet, les dernières décennies ont été le cadre de l'émergence de maladies infectieuses particulièrement meurtrières au premier rang desquelles la pandémie du VIH/sida. L'OMS a dénombré environ une nouvelle maladie infectieuse par an depuis une vingtaine d'années⁴, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) apparue en 2003 étant l'une des plus récentes (OMS, 2003) ; mais on observe également une recrudescence d'autres maladies que les progrès médicaux étaient parvenus dans une certaine mesure à prévenir ou à guérir. Le paludisme en est une illustration, son poids dans la mortalité et la morbidité ayant de nouveau augmenté à cause du développement de résistances du parasite en cause ou du

⁴ Apparition de nouvelles maladies ou émergence de maladies latentes ? Le concept de pathocénose développé par Grmek (1989) suppose que la présence et l'importance d'une maladie dans une population et à une époque données sont en forte interaction avec celles des autres maladies. Ainsi, la disparition progressive des maladies bactériennes grâce à la découverte des antibiotiques serait facteur du développement des épidémies virales jusque-là latentes, comme la pandémie de sida.

vecteur de transmission (le moustique) aux traitements thérapeutiques dans le premier cas, aux insecticides dans le second (encadré 1.1). D'autres maladies sont également réapparues ou continuent à progresser, qu'il s'agisse de la réapparition du choléra au Pérou en 1991 (Prost, 2000b), de la recrudescence de la tuberculose dans les pays où elle semblait éradiquée, à cause du sida mais aussi de la persistance de mauvaises conditions sanitaires, ou encore de la résurgence de la peste à Madagascar (Handschumacher *et al.*, 2000). Les pays du Sud se retrouvent démunis face à l'émergence et à la recrudescence des maladies infectieuses et parasitaires, parce qu'il n'existe pas de traitement efficace ou que ceux-ci sont trop coûteux.

Encadré 1.1

Le développement de résistances et la recrudescence du paludisme

Le paludisme (palus=marais) et la malaria (mauvais air), utilisé par les anglophones mais qu'on retrouve aussi dans la langue française, sont la même maladie. Le paludisme est une maladie parasitaire affectant l'homme causée par des parasites unicellulaires, des protozoaires du genre *Plasmodium*. Quatre espèces de parasites sont responsables de cette infection chez l'homme mais le *Plasmodium falciparum* est le parasite le plus répandu et le plus dangereux car responsable des formes mortelles.

Il existe trois modes de transmission possibles : la transfusion sanguine, la transmission trans-placentaire (de la mère à l'enfant) et la plus fréquente, la transmission vectorielle par piqûre d'un moustique anophèle femelle.

Le paludisme est une maladie dont les caractères épidémiologiques sont extrêmement variables. Les conditions bioclimatiques sont déterminantes dans le développement des anophèles, elles sont très favorables dans les zones intertropicales du fait de la température toujours élevée et de la présence d'eau.

Il existe différentes façons de lutter contre le paludisme. On peut par exemple tenter d'éradiquer les moustiques porteurs du parasite ou donner un traitement médical aux personnes qui sont malades ou susceptibles de l'être.

L'émergence de la résistance est liée à l'utilisation massive d'un produit initialement efficace : dans les deux cas précédemment cités, les moustiques peuvent devenir résistants aux insecticides, et le parasite aux médicaments.

Avec la découverte d'insecticides comme le DDT en 1939 permettant de faire disparaître les moustiques ou la diffusion de la chloroquine qui permettait de traiter les personnes infectées, la maladie semblait dans les années 1950 pouvoir être éradiquée ou du moins contrôlée. En 1961, des souches de parasites résistantes à la chloroquine émergent presque simultanément en Asie et en Amérique tropicales. C'est en 1978, qu'apparaît ce phénomène de chimiorésistances* sur le continent africain. Initialement observé en Afrique de l'Est, il s'est répandu jusqu'en Afrique de l'Ouest à la fin des années 1980.

Sources : Baudon, 2000 ; Amat-Roze, 2002.

- *Les cancers d'origine infectieuse*

En outre, dans les pays en développement, un nombre croissant de cancers est reconnu d'origine infectieuse, l'accroissement de la part des cancers dans la mortalité n'est alors plus lié à l'allongement de la durée de vie mais à la persistance des maladies infectieuses (Prost, 2000a). L'apparition des cancers du foie, de l'estomac et du col de l'utérus est favorisée par la présence de virus et de bactéries : les virus de l'hépatite B et C sont des facteurs de risque de cirrhoses et de cancers du foie ; la bactérie *Helicobacter Pylori* qui se transmet *a priori* par voie orale avant 10 ans est responsable de gastrites chroniques, d'ulcères et favorise le développement de cancers gastriques ; enfin, les verrues ou autres infections entraînent des

lésions génitales persistantes qui peuvent évoluer en cancer du col de l'utérus chez la femme. On retrouve donc dans des proportions importantes ces cancers dans les pays en développement où ces maladies infectieuses sont les plus répandues (Institut Pasteur, 2002 ; Khlal et Le Cœur, 2002). En outre, les cancers sont aussi favorisés par des comportements à risques (alcoolisme et tabagisme notamment) que l'on retrouve dans les pays du Sud.

- *Les affections cardiovasculaires*

Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont l'hypertension, le diabète, le tabagisme et l'absence d'exercice physique (excès de lipides, indice de masse corporelle élevée, forte pression artérielle). Dites maladies de société et du vieillissement, ces affections étaient considérées comme caractéristiques des pays développés mais en fait, elles contribuent également et de façon conséquente à la mortalité adulte des pays pauvres (OMS, 2003).

L'augmentation des maladies non transmissibles associée aux maladies infectieuses et parasitaires émergentes ou recrudescents font supposer qu'il y aurait un cumul et non un remplacement des pathologies contrairement à ce que décrivait initialement la transition épidémiologique (Prost, 2000a ; Garenne *et al.*, 1999). Ainsi, on parle aujourd'hui d'une transition sanitaire de la « double charge ». Les maladies infectieuses et parasitaires touchent toujours les enfants ainsi que les adultes, et les maladies non transmissibles (cancers et affections cardiovasculaires) touchent les adultes à des âges plus jeunes que dans les pays développés (OMS, 2003). Ces changements constituent des entorses au schéma de la transition sanitaire. Mais l'évolution de la mortalité n'est pas exclusivement dépendante du facteur biomédical, d'autres facteurs que nous avons déjà pu évoquer agissent aussi.

1.3. Théories de la baisse de la mortalité : des causes biomédicales aux facteurs pluridimensionnels

- *Le rôle de la nutrition*

La nutrition est considérée comme un facteur causal très important (Mc Keown, 1976 ; Mosley et Chen, 1984 ; Mosley, 1985). Dans un régime de forte mortalité, les famines entraînent de nombreux décès ce qui a conduit Abdel Omran à appeler la première phase de la transition épidémiologique « l'âge de la peste et de la famine » (1971). Une bonne alimentation permet de protéger l'organisme contre certaines maladies. La malnutrition, parce

qu'elle amoindrit la résistance du corps à la maladie, est en effet un important facteur de risque de décéder chez l'enfant. Elle serait responsable de la majorité des décès d'enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement d'après l'OMS (2002). La carence en vitamine A est particulièrement préjudiciable aux enfants, puisqu'elle favorise l'apparition de la cécité mais aussi de la rougeole, de la diarrhée et du paludisme. Le manque d'assainissement de l'eau qui est bue ou encore la mauvaise conservation des aliments peut aussi transmettre des maladies comme le choléra. Une action sanitaire sera probablement efficace pour une maladie fréquente ayant une forte létalité quel que soit le contexte nutritionnel (exemple des maladies fortement épidémiques comme la diphtérie ou la coqueluche). En revanche, si ce sont les mauvaises conditions de vie qui font augmenter le risque de décéder d'une maladie, l'action strictement médicale sera plus limitée (cas des infections intestinales et respiratoires). Le facteur nutritionnel, du point de vue des ressources alimentaires disponibles, est particulièrement dépendant des facteurs environnementaux (production), économiques (accès) et socioculturels (habitudes et interdits).

- *Le développement économique*

À la fin des années 1960, le ralentissement du rythme de la baisse de la mortalité constaté dans certaines régions du monde en développement met en avant le développement économique comme autre facteur primordial dans les théories explicatives de la baisse de mortalité (Vallin, 1968). Dans le cadre de la transition sanitaire, les programmes sanitaires ne sont réellement efficaces que s'ils sont inclus dans un projet à long terme (accès aux soins de santé pérennisé) et plus large en intégrant la notion de développement (productions vivrières, approvisionnement en eau, assainissement de l'environnement, éducation...). En outre, plus la mortalité baisse, plus elle dépend d'un processus complexe associant les comportements à risque et nécessitant la mise en place de politiques de prévention. La mortalité devient donc plus difficile à réduire par de simples mesures de santé primaire. Les traitements médicaux des maladies de dégénérescence et de société sont aussi plus coûteux. À partir d'un certain niveau d'espérance de vie, la baisse de la mortalité ne peut se poursuivre en l'absence de progrès économiques (Preston et Nelson, 1974 ; Palloni, 1985).

- *Contexte institutionnel et politique*

Mais le développement économique ne suffit pas, il faut également un contexte institutionnel et politique favorable (Tabutin, 1999). Les pays du Sud ont ainsi dû adapter leurs politiques de santé initialement calquées sur le modèle des pays du Nord : la plupart des

soins étaient délivrés en milieu hospitalier, donc en zone urbaine. De ce fait, bien que d'importants programmes de santé aient permis de toucher les populations rurales, l'accès aux soins n'y était pas assuré de façon continue, faute de structures sanitaires accessibles au niveau local. Aussi, les politiques de santé publiques se sont orientées progressivement vers des soins de santé primaires⁵ accessibles localement, particulièrement en milieu rural avec la formation d'agents de santé. La Conférence de Alma Ata en 1978 a initié cette réorientation des politiques de santé⁶ (Pison *et al.*, 1997b). On peut aussi évoquer le rôle des politiques nationales de population dont l'importance a été mise en avant lors de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 (Nations Unies, 1995).

- *Facteurs socioculturels*

Les conditions économiques et politiques, en déterminant les conditions de vie des individus selon leur classe sociale, agissent aussi sur les comportements des familles et des personnes (Piché et Poirier, 1990 ; 1995 ; Caldwell *et al.*, 1990). Par exemple, la santé des enfants est étroitement corrélée au niveau d'instruction de la mère. La structure de la famille, l'habitat, l'ethnie et la religion sont autant de caractéristiques qui jouent sur les habitudes de vie et sur les comportements des individus (Akoto et Tabutin, 1989). Par exemple, la gravité de la rougeole dépend de la plus ou moins grande promiscuité entre les enfants, elle-même fonction du mode de vie (Aaby, 1989).

- *La baisse de la fécondité*

Dans sa formulation initiale, la théorie de la transition démographique suppose que la baisse de la fécondité suit celle de la mortalité, la population équilibrant d'elle-même son accroissement naturel par la fécondité⁷. La fécondité se fait alors l'écho de la mortalité. Le déclin de la mortalité est en effet systématiquement antérieur à celui de la fécondité dans toutes les régions du monde⁸ et semble faire partie d'un processus d'amorçage du déclin de la fécondité d'autant plus fort que les conditions socioéconomiques et culturelles sont favorables (Barbieri, 1995). Mais la baisse de la fécondité peut aussi interférer sur la mortalité parce

⁵ Les soins de santé primaire ont pour objectif de gérer le premier contact des institutions sanitaires avec les malades et de coordonner les soins de ces patients, de leur fournir des soins efficaces et appropriés ou de les orienter vers d'autres infrastructures qui pourront les fournir s'ils ne sont pas disponibles (cf. la revue *Primary Care*).

⁶ Déclaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

⁷ La nature de la relation baisse de mortalité – baisse de fécondité considérée comme un processus de décision ne semble toutefois pas si évident (Randall et LeGrand, 2003).

⁸ Sauf dans le cas de la France où le déclin de la fécondité s'est amorcé dès la Révolution de 1789, soit en même temps que la mortalité (Binion, 2000).

qu'elle modifie la structure par âge de la population (Omran, 1983 ; Mosley *et al.*, 1990). Avec la transition démographique, on passe d'une population au sein de laquelle les enfants sont fortement représentés à une population où ce sont les adultes qui prédominent. À ses débuts, la baisse de la mortalité infantile joue néanmoins de façon opposée à la baisse de la fécondité, sur la structure de la population en la rajeunissant temporairement. Au niveau individuel, la baisse de la fécondité diminue certains risques pour la santé de la mère et de l'enfant comme les complications associées à la grossesse, l'âge à la maternité, l'espacement des naissances ou encore le rang de naissance.

- *La mobilité*

Bien qu'elle soit moins souvent considérée, la mobilité, qui s'inscrit dans l'espace et dans le temps, est une composante de la transition démographique. En effet, la transition de la fécondité et celle de la mortalité s'accompagnent d'un accroissement considérable de migrations qui sont généralement caractérisées par un exode rural et une urbanisation importante de la population. Dans les pays du Sud, les niveaux de fécondité et de mortalité ne sont pas les mêmes en milieu urbain et en milieu rural. Pour de multiples facteurs comme l'accessibilité aux soins, l'instruction, la disposition d'eau courante, le monde urbain est souvent plus avancé dans la transition que le monde rural. Les enfants des femmes originaires du milieu rural et vivant en milieu urbain depuis un certain temps, présentent des risques de décès inférieurs à ceux des mères restées vivre en milieu rural (Brockerhoff, 1994 ; Antoine et Diouf, 1988). Du fait des migrations saisonnières ou circulaires, il existe dans beaucoup de pays du Sud un va-et-vient très important entre ces deux mondes qui ne sont pas hermétiques. La migration, quand elle n'est pas définitive, peut alors être considérée comme un vecteur de diffusion en milieu rural des comportements adoptés en milieu urbain. Mais l'effet n'est pas évident à étudier (Waïtzenegger-Lalou, 2000). La relation qui existe entre santé et migration est en fait très complexe : par un effet de sélection, l'état de santé est déterminant sur le fait de migrer ou non, mais la migration joue à son tour sur l'état de santé, de manière tantôt positive comme sur la santé des enfants, tantôt négative par le caractère vulnérable du migrant, ce qui a été mis en évidence dans les études sur le VIH/sida par exemple (Appleyard et Wilson, 1998).

* *
*

Les facteurs explicatifs de la mortalité, tant en termes de niveau que de causes de décès, sont à étudier au niveau individuel et familial, mais aussi national et international. Les déterminants relèvent du domaine sanitaire, économique, environnemental, sociologique, culturel, politique, institutionnel et structurel. Jusqu'aux années 1970, l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance dans les pays du Sud faisait croire à une convergence vers un niveau théorique estimé à 65 ans, avec au-delà un ralentissement du rythme de baisse (Vallin, 1968). Mais depuis les années 1980, on constate une divergence dans l'évolution des niveaux de mortalité (Moser *et al.*, 2004). Pour certaines régions du monde, le rythme de baisse de la mortalité ralentit, le niveau de mortalité allant même jusqu'à remonter du fait d'une transition sanitaire de « double charge » et de conditions défavorables. Si l'Afrique subsaharienne n'est pas un cas particulier, elle est néanmoins la plus touchée par la remise en cause de la baisse de la mortalité.

2. Les freins à la baisse de la mortalité en Afrique subsaharienne

Avec une espérance de vie à la naissance qui a diminué de près de 3 ans en l'espace de 10 ans (de 48,6 ans en 1985-1990 à 45,9 ans en 2000-2005), l'arrêt des progrès sur la mortalité est très marqué en Afrique subsaharienne. Alors que la population d'Afrique subsaharienne représente environ 11 % de la population mondiale et qu'elle est relativement jeune, les décès survenus dans cette région constituent 21 % de la totalité des décès dans le monde entre 2000 et 2005 (Nations Unies, 2005). Les situations les plus dramatiques se retrouvent en Afrique australe et orientale. Ainsi, le Zimbabwe aurait perdu près de 20 années d'espérance de vie en 10 ans. Plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, surtout à l'Est et au Sud du continent, ont une espérance de vie à la naissance inférieure à 40 ans en 2000-2005 (annexe 1.1).

2.1. L'évolution de la mortalité en Afrique subsaharienne

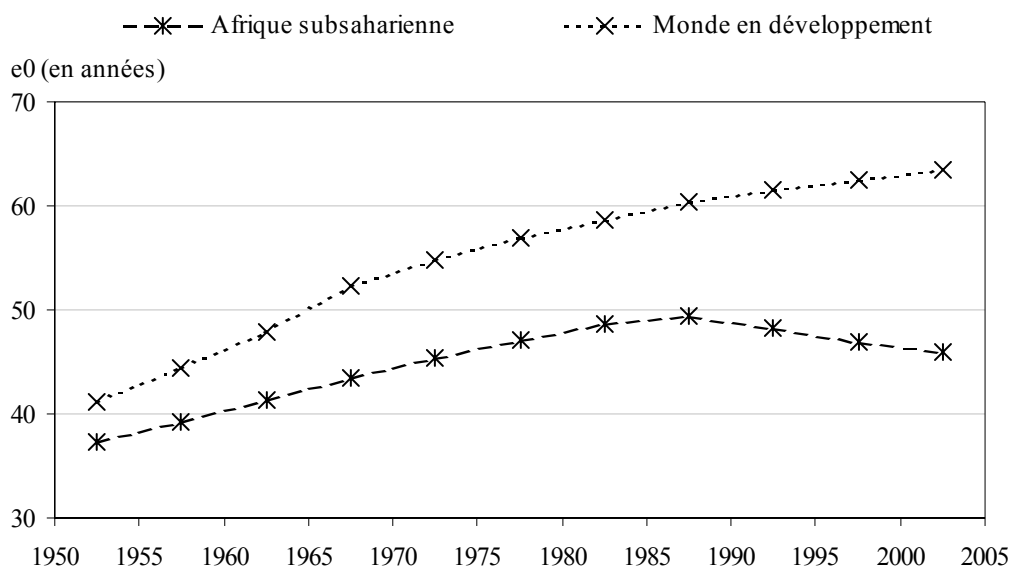
- *Évolution de l'espérance de vie en Afrique subsaharienne*

De façon générale, l'espérance de vie à la naissance a augmenté en Afrique subsaharienne du début des années 1950 à la fin des années 1980, passant de moins de 37 à 49 ans, mais elle a progressé moins vite que dans l'ensemble du monde en développement. À partir de 1985-1990, l'espérance de vie pour les pays en développement dépasse 60 ans et continue de progresser. Celle des pays d'Afrique subsaharienne atteint un niveau maximal en 1985-1990 à presque 50 ans et diminue depuis avec un niveau estimé⁹ à moins de 46 ans pour la période 2000-2005 (figure 1.2).

⁹ Estimations des Nations unies avec hypothèse moyenne.

Figure 1.2.

Évolution de l'espérance de vie à la naissance en Afrique subsaharienne depuis 1950
par période quinquennale



Source : Nations Unies, 2005.

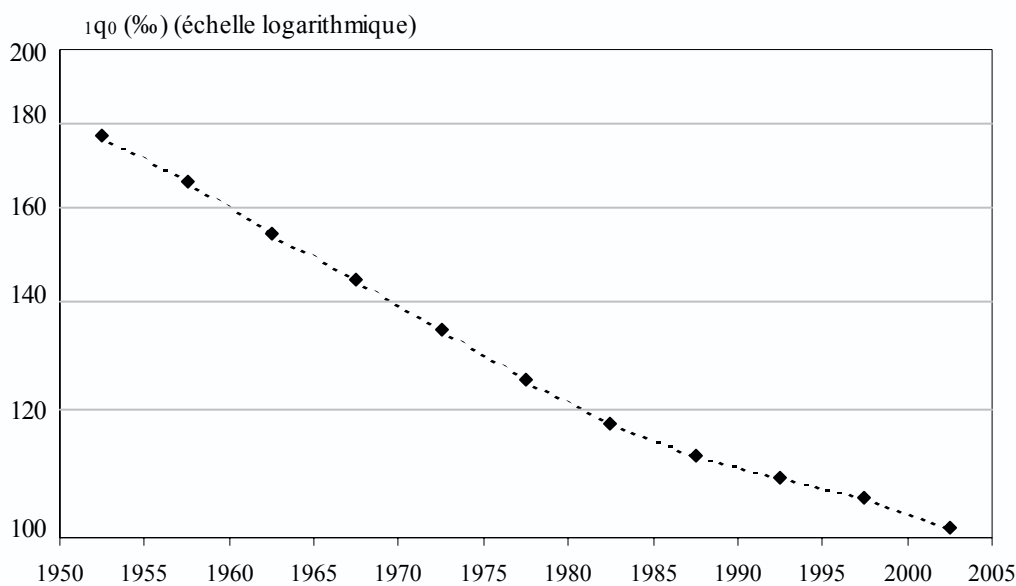
- *Le rythme de baisse de la mortalité infantile et juvénile*

Les progrès de l'espérance de vie en Afrique subsaharienne tiennent essentiellement au recul de la mortalité avant 5 ans. La mortalité infantile (avant l'âge de 1 an) estimée à près de 180 ‰ en 1950-1955 a diminué pour atteindre 101 ‰ en 2000-2005 avec un rythme qui s'est toutefois ralenti dans les deux dernières décennies du 20^e siècle (figure 1.3). Mais le développement des infrastructures et des programmes sanitaires de soins de santé primaire ainsi que les progrès contre les maladies infectieuses ont aussi beaucoup contribué à la baisse de la mortalité juvénile, entre 1 et 5 ans (Desgrées du Loû *et al.*, 1995 ; Pison *et al.*, 1997b). Ainsi, la mortalité avant 5 ans qui atteignait entre 300 et 400 ‰ dans les années 1950 (Hill, 1989) est estimée à 173 ‰ en 2000-2005 (Nations Unies, 2005). Toutefois, entre le début des années 1960 et celui des années 1980, la baisse de la mortalité avant 5 ans s'est avérée plus lente que dans les autres régions du monde en développement (en Asie et en Amérique latine). Depuis les années 1960, le rythme de baisse dans les pays en développement est d'autant plus faible que le niveau de mortalité de départ est élevé (Hill et Pebley, 1989). Au début de la transition, lorsque la mortalité est très élevée, les progrès sont lents parce qu'ils ne touchent que la partie la plus favorisée de la population. L'ampleur des actions à mener auprès de toute la population et la difficulté de généraliser l'accès aux soins, surtout auprès de la population rurale, freine les progrès. Mais généralement, on assiste à une accélération du rythme de la

baisse une fois que le dispositif sanitaire fonctionne et ce rythme ne se ralentit qu'une fois atteint un niveau de mortalité comparable à celui des pays développés. Or, ces dynamiques du rythme de baisse de la mortalité ne s'observent pas dans tout les pays en développement, notamment en Afrique (Meslé et Vallin, 2002).

Figure 1.3.

Évolution de la mortalité infantile en Afrique subsaharienne depuis 1950
par période quinquennale



Source : Nations Unies, 2005.

- *Une mortalité adulte qui reste élevée*

L'apparition du sida a suscité un nouvel intérêt pour la mortalité adulte. Cet intérêt est d'autant plus grand que les adultes d'âge actif¹⁰ constituent plus de 50 % de la population d'Afrique subsaharienne (Nations Unies, 2005). Le niveau, la structure et l'évolution de la mortalité adulte sont difficiles à estimer faute de données fiables, problème que nous développerons dans la partie suivante. On sait néanmoins que la mortalité adulte est plus forte en Afrique subsaharienne que dans le reste du monde. Dans les années 1970-1980, la probabilité de mourir entre 15 et 60 ans était particulièrement élevée dans certains pays d'Afrique subsaharienne, allant jusqu'à 500 ‰, ce qui est exceptionnel par rapport aux autres régions du monde (Timæus, 1996). Elle y est estimée à 380 ‰ au début des années 1990 (Feachem *et al.*, 1992a).

¹⁰ Dans le groupe adulte, nous retenons le groupe d'âges 15-59 ans tel que l'ont défini Richard Feachem *et al.* (1992b) comme étant la population qui est à la fois productive économiquement, reproductive et responsable des autres groupes d'âges (enfants et personnes âgées).

Le sida et plus globalement les maladies infectieuses et parasitaires sont les principaux responsables de cette situation et constituent un grand fléau pour l'Afrique subsaharienne, touchant les enfants et les adultes.

2.2. La concentration des maladies infectieuses et parasitaires

- *Le sida*

Le sida représente la maladie la plus caractéristique de cette nouvelle situation. Avec 26 millions de personnes infectées, l'Afrique subsaharienne regroupe 60 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2003. La même année, le sida a tué près de 2,3 millions de personnes en Afrique subsaharienne, ce qui représente plus des trois quarts des décès dus à cette maladie¹¹ (ONUSIDA et OMS, 2003). Sous l'effet du sida, la mortalité adulte a ainsi nettement augmenté dans certains pays depuis le milieu des années 1980 provoquant une forte diminution de l'espérance de vie (Timæus, 1999 ; Moser *et al.*, 2004 ; Timæus, 2004). Le Botswana est un des pays les plus touchés : en 2001-2002, la prévalence du VIH au sein de la population des 15-49 ans atteint 40 % et en 2002, le VIH/sida est responsable de 60 % des décès survenus avant l'âge de 5 ans (ONUSIDA et OMS, 2003 ; OMS, 2003).

- *Les infections respiratoires*

De toutes les maladies transmissibles, les infections respiratoires constituent la principale cause de décès, essentiellement chez les enfants, avec plus de 3,9 millions en 2002 dont plus de 1 million sur le continent africain (OMS, 2002). La guérison des infections respiratoires aiguës est particulièrement dépendante de la rapidité avec laquelle les soins de premier recours sont apportés. En effet, le traitement des cas graves nécessite un équipement médical rarement disponible en milieu rural africain. Les plans d'action contre ces infections s'orientent donc vers l'éducation des communautés pour que le diagnostic de la maladie de l'enfant soit établi au plus vite.

- *Le paludisme*

Le paludisme est la maladie parasitaire la plus meurtrière. Chaque année, plusieurs centaines de millions de personnes dans le monde sont malades du paludisme. En 2002, près de 1,3 million de personnes en sont décédées avec 1,1 million pour le seul continent africain

¹¹ L'ONUSIDA estime à 3 millions le nombre de décès dus au sida dans le monde en 2003 (à plus ou moins 0,5 million).

(OMS, 2004). Aucun vaccin n'est aujourd'hui disponible et, sans soins efficaces, la forme sévère de la maladie peut entraîner le décès, surtout chez les jeunes enfants. La quasi-totalité de la population d'Afrique subsaharienne vit en zone impaludée, dont 75 % en zone à forte endémie. Le parasite responsable de la forme mortelle de la maladie, le *Plasmodium falciparum*, représente 90 à 95 % des paludismes en Afrique. La lutte contre le paludisme a pendant longtemps reposé sur le traitement des accès palustres avec la chloroquine : c'est le moins cher des médicaments antipaludiques, le traitement est simple, bien toléré et était auparavant d'une très grande efficacité. Mais, au début des années 1960, la résistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine est apparue en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud (Payne, 1987). Elle a émergé sur le continent africain près de 20 ans plus tard, d'abord en Afrique de l'Est puis s'est répandue jusqu'en Afrique de l'Ouest, à la fin des années 1980.

- *Les autres maladies infectieuses et parasitaires*

Au niveau africain, comme au niveau mondial, les enfants sont aussi très souvent victimes des infections intestinales. Les maladies diarrhéiques ont tué 2 millions de personnes dans le monde en 2002 et 35 % de ces décès sont recensés en Afrique. Viennent ensuite les maladies infantiles (principalement rougeole, coqueluche, et tétanos). D'autres maladies infectieuses sont toujours très meurtrières : la tuberculose est la cause de plus de 1,6 million de décès dont 0,7 en Afrique (OMS, 2002).

2.3. Les autres facteurs défavorables

- *Les conditions climatiques et environnementales*

L'Afrique subsaharienne regroupe une importante population vivant en zone tropicale, or le climat tropical est une condition favorable au développement de nombreux éléments pathogènes spécifiques et à la présence de beaucoup de maladies infectieuses et parasitaires (paludisme à *Plasmodium falciparum*, fièvre jaune, filariose, onchocercose, etc.). De surcroît, l'Afrique subsaharienne connaît aussi des sécheresses qui provoquent d'importants problèmes d'insécurité alimentaire aggravés par une tendance à la diminution des précipitations (Amat-Roze, 2000).

- *Pas de développement économique*

La crise économique qui sévit depuis les années 1980 dans nombre de pays d'Afrique subsaharienne limite leurs possibilités d'actions en matière de politique sociale, sanitaire et éducative : que ce soit au niveau national sur la restriction des budgets ou au niveau

individuel sur l'accès aux soins ou à l'alimentation (Tabutin, 1999). La malnutrition des enfants est par exemple un problème majeur en Afrique au sud du Sahara où plus de 25 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'une insuffisance pondérale¹² en 2000 (SCN, 2004). De manière générale, la crise économique a de fortes implications sur la santé et la mortalité (NAS, 1993 ; Barbieri et Vallin, 1996).

- *Problèmes d'accès aux soins*

Bien souvent, les pays d'Afrique subsaharienne ne sont pas en mesure d'assurer un système de santé satisfaisant et l'accès aux soins, même primaires, n'est pas systématique. Les systèmes de santé souffrent d'une déficience à la fois humaine et matérielle qui empêche cet accès d'être universel, particulièrement en milieu rural. Au Sénégal par exemple, le personnel et l'infrastructure sanitaire restent encore insuffisants pour satisfaire les besoins de la population : sur le territoire national, on comptait un médecin pour 17 000 habitants et un hôpital pour 545 800 habitants en 1999 alors que l'OMS recommande au moins un médecin pour 5 000 à 10 000 personnes et un hôpital pour 50 000 personnes (Sow *et al.*, 1999a).

- *Contexte multiculturel*

L'ethnicité, en tant que révélatrice du statut socioéconomique, est une variable déterminante dans les inégalités de mortalité entre les enfants en Afrique subsaharienne (Brockerhoff et Hewett, 2000). Par ailleurs, dans le domaine de l'action sanitaire, une politique de santé doit prendre en compte les facteurs socioculturels qui jouent sur la santé des individus pour qu'elle soit efficace et ceci est d'autant plus difficile dans un contexte africain multiethnique (Vallin, 1989). L'ethnie peut influencer d'autres variables déterminantes de la santé et de la mortalité comme l'attitude des individus face à la maladie, à la mort et aux services de soins, les pratiques d'alimentation, l'éducation des enfants ou les structures familiales (Akoto et Tabutin, 1989). Ainsi, du point de vue national, il s'agit de mettre en place des politiques de santé qui fédèrent la population, quelle que soit son identité culturelle.

- *Les conflits politiques*

Les conflits, qui sont d'ailleurs bien souvent liés à cette pluriethnicité¹³, provoquent de nombreux décès de façon directe et indirecte parce qu'ils font de nombreuses victimes parmi les militaires mais aussi parmi les civils et impliquent des traumatismes, entraînent des

¹² L'insuffisance pondérale est définie par l'écart au rapport médian poids-âge estimé par NCHS/WHO (OMS, 1983).

¹³ Les questions ethniques sont souvent étroitement liées aux conflits, en tant qu'instrumentalisation politique ou suite à une « ethnicisation des rapports sociaux » (Gendreau, 1996).

déplacements de personnes et créent des réfugiés. En 1998-1999, vingt pays sur les quarante-deux états de l'Afrique subsaharienne ont connu des conflits (Amat-Roze, 2000). En outre, ces conflits freinent toute possibilité de développement socioéconomique et aggravent la situation (Tabutin, 1997 ; Gendreau, 1996). L'espérance de vie à la naissance peut être profondément affectée par les guerres et les troubles politiques comme ce fut le cas en Sierra Leone ou au Rwanda (Caselli *et al.*, 2001). Plus indirectement, les guerres font partie des « perturbations » sociales qui minimisent la protection des enfants et augmentent les risques en matière de santé par le biais de la dislocation des familles (Agyei et Ssekamatte-Ssebuliba, 2000).

- *Une fécondité toujours très élevée*

Du point de vue démographique, la fécondité reste encore très élevée en Afrique subsaharienne par rapport au reste du monde, alors même que la grossesse y représente un risque pour la santé de la femme. Le niveau de fécondité atteignait 6,7 enfants par femme en 1950-1955, il est estimé à 5,5 en 2000-2005. Les enfants de moins de 15 ans y représentent 43,5 % de la population totale (Nations Unies, 2005). Ce niveau de fécondité élevé implique une importante croissance démographique qui peut s'avérer devenir une pression démographique défavorable à une population déjà très pauvre. Dans ce cas, l'urbanité associée à la pauvreté peut entraîner de conditions de vie pouvant avoir des effets très néfastes sur la propagation des maladies du fait de la promiscuité (Amat-Roze, 2000).

* *
*
*
*

Même dans les pays relativement peu touchés par l'épidémie de sida ou par de graves troubles politiques, le progrès est relativement lent.

La perspective d'une baisse continue de la mortalité en Afrique subsaharienne pour atteindre le niveau des pays développés serait-elle compromise ? Dans leurs modèles de projection, les Nations unies prévoient une baisse de la mortalité, y compris, à terme, dans les pays où elle est la plus perturbée (2002). Malgré tout, le contexte économique difficile de la région représente indéniablement un frein important, surtout dans un contexte biomédical qui s'est modifié et les phénomènes d'émergence et de recrudescence de maladies remettent en cause la transition sanitaire. Dès lors, se pose le problème de la disponibilité des données pour étudier la mortalité, déficit dont l'Afrique subsaharienne souffre grandement.

3. Comment étudier la mortalité en Afrique subsaharienne ?

3.1. *L'insuffisance des sources de données « classiques »*

Classiquement, l'estimation du niveau de mortalité de la population d'un pays ou d'une région repose essentiellement sur deux sources de données : les registres d'état civil qui permettent un enregistrement continu et exhaustif des décès ; les recensements de population qui permettent de connaître et mesurer la population soumise au risque.

- *L'état civil*

L'état civil a en premier lieu une fonction administrative, « c'est une institution juridique essentielle de la société moderne, qui contribue à la fois à fixer et à formaliser l'identité de l'individu au sein de la société » (Lohlé-Tart et François, 1999, p. 166). Il a pour objet l'enregistrement d'événements biologiques ou sociaux (naissances, décès, mariages, divorces, etc.) se rapportant aux personnes physiques. Cet enregistrement fournit un acte d'état civil qui sert en quelque sorte de preuve de l'état de la personne (son identité, son âge, son statut matrimonial, son état vivant ou décédé...). La déclaration d'un fait d'état civil est généralement obligatoire du point de vue de la loi. Bien que civique, l'état civil joue un rôle essentiel dans le domaine des statistiques nationales ou infra nationales. Il est très utile dans l'étude de la mortalité puisqu'il enregistre tous les décès des habitants de la zone qu'il couvre et renseigne également sur l'âge au décès. L'état civil permet donc le suivi continu du nombre de décès par âge. Il offre également la possibilité d'étudier les causes de décès qui sont déclarées au moment de l'enregistrement du décès.

Malgré son caractère obligatoire, cette institution ne fonctionne pas bien en Afrique subsaharienne. La mise en place d'un état civil représente un coût très important en termes de moyens (argent, temps, qualifications) et les États ont eu pendant longtemps d'autres priorités¹⁴. De surcroît, cette institution a été créée par et pour les pays du Nord et elle n'est peut-être pas bien adaptée aux sociétés des pays du Sud qui se sont vus imposer cette forme de contrôle social au temps de la colonisation. En Afrique subsaharienne, 70 % des enfants nés en 2000 ne seraient pas enregistrés à leur naissance (UNICEF, 2002) et l'enregistrement des décès adultes est rare dans cette région du monde (Hill, 1999).

¹⁴ Actuellement, le souci de l'enregistrement des individus et des actes d'état civil prend de l'ampleur en Afrique subsaharienne. Citons pour exemple la première conférence régionale sur l'enregistrement des naissances en Afrique de l'Ouest et centrale organisée en février 2004 à Dakar et qui a réuni 24 pays.

L'état civil se limite souvent aux capitales et aux grandes villes et peut alors servir de base à des études sur la mortalité urbaine comme par exemple celui d'Antananarivo à Madagascar (Waltisperger *et al.*, 1998) ou de Saint Louis au Sénégal (Diop, 1990). Dans ce dernier pays, seules les deux plus grandes agglomérations disposent d'un état civil suffisamment complet pour étudier la mortalité, et l'état civil couvrait seulement 5 % de la population rurale sénégalaise à la fin des années 1980 (François, 1988). Même en cas d'accessibilité à l'enregistrement, la qualité de celui-ci diffère selon les événements survenus. Un décès à un âge très précoce peut être un frein à l'enregistrement des deux événements naissance et décès : pourquoi enregistrer la naissance d'un individu qui n'a pas eu le temps « d'être admis dans la société » (Lohlé-Tart et François, 1999, p. 162) ? De façon générale, la qualité de l'enregistrement des décès serait encore moins bonne que celle des naissances, parce qu'enregistrer une naissance peut présenter un intérêt (comme la scolarisation à terme de l'enfant) contrairement à celui d'un décès. Et si l'individu n'a pas été enregistré à sa naissance, l'âge au décès sera incertain.

Pour l'enregistrement de la cause du décès, il faut ajouter aux limites que nous venons d'exposer le fait que la déclaration des causes de décès n'est pas exhaustive et qu'elle est très imprécise surtout quand le décès n'est pas survenu dans une infrastructure sanitaire.

- *Les recensements nationaux de la population*

L'objectif premier du recensement est de mesurer la structure de la population (nombre d'habitants par âge et par sexe, activité économique, instruction, habitat...). En Afrique, une première vague de recensements nationaux a eu lieu dans les années 1970, avec l'objectif de les renouveler toutes les décennies mais l'intervalle intercensitaire est souvent plus long. Les recensements africains ont des volets plus diversifiés que les autres recensements, parce qu'ils doivent répondre à des attentes qui ne sont pas satisfaites par ailleurs. On retrouve notamment des questions sur les décès récents survenus dans le ménage. Mais les résultats en matière de mortalité, notamment adulte, sont souvent « décevants » à cause d'une importante sous-déclaration des décès (Tabutin, 1984 ; Timæus, 1996). Par ailleurs, plusieurs problèmes liés aux informations sur la structure de la population limitent la fiabilité de ces recensements : (i) la déclaration des membres du « ménage » n'est pas un concept évident, particulièrement dans des contextes de mouvements de population importants et de courte durée pouvant entraîner des doublons ou des omissions de personnes ; (ii) la datation des événements et la déclaration de l'âge se traduit par une attraction (ou une répulsion) pour certains chiffres ainsi que par la

possibilité d'un rajeunissement (ou d'un vieillissement) de certaines personnes selon leur statut social (Laourou, 1995).

- *Les enquêtes représentatives au niveau national*

Par ailleurs, de grandes enquêtes rétrospectives, représentatives au niveau national, permettent d'évaluer les indicateurs de base et les tendances générales. Les principales sont les enquêtes démographiques et de santé (EDS ou DHS¹⁵) qui ont succédé dans les années 1980 aux enquêtes mondiales de fécondité (EMF ou WFS¹⁶). Initiées par l'Institute for Resource Development en 1984 et financées par l'Agence pour le développement international des États Unis (USAID), elles ont joué un rôle prépondérant dans l'étude démographique des pays en développement (Cleland, 1996), surtout dans l'étude de la fécondité et de la santé reproductive.

Disposant de variables individuelles, communautaires ou socioéconomiques, elles permettent une analyse riche en facteurs explicatifs. Ces enquêtes sont généralement renouvelées régulièrement ce qui permet d'en déduire des tendances, mais malgré des soucis de standardisation, les enquêtes successives ne donnent pas toujours des résultats comparables. Du point de vue de la représentativité, l'échantillonnage est d'autant moins fiable que le dernier recensement général de la population est ancien. En effet, celui-ci constitue la base de sondage de ces enquêtes et l'intervalle de temps peut atteindre 10 ans¹⁷. D'autre part, il existe des effets contraires qui peuvent induire une mauvaise estimation des niveaux et surtout de leur évolution dans le temps : Joseph Potter a ainsi montré que les répondantes avaient tendance à rapprocher du moment présent les événements importants de leur passé, surtout lorsqu'ils sont anciens (1977). De façon opposée, le fait de demander des informations complémentaires sur les événements récents de l'histoire génésique de la femme (dans les 3 ou 5 années précédant l'enquête) provoque un effet de « césure » : la répondante et/ou l'enquêteur(trice) auraient tendance à décaler les événements en « vieillissant » les enfants qui se situent à cette borne afin de limiter la durée de l'entretien (Institute for Resource Development, 1990). Sur la mortalité, la déclaration des âges aux décès et des âges des individus est sujette à une attraction des âges ronds. On peut avoir, comme pour le recensement, un risque d'omission des enfants décédés, ainsi que de ceux vivant dans un autre

¹⁵ Demographic and Health Survey.

¹⁶ World Fertility Survey.

¹⁷ Au Sénégal, l'échantillonnage de l'enquête démographique représentative au niveau national de 1999 a été basé sur le recensement de 1988 (Sow *et al.*, 1999).

ménage. Enfin, les personnes enquêtées étant les mères, on ne recueille pas non plus d'information sur la survie des orphelins qui connaissent des risques de décès plus importants.

Tous ces facteurs peuvent avoir des effets importants sur l'estimation des niveaux de mortalité avant 5 ans et de leur évolution (Barbieri, non publié). Ces données permettent toutefois d'apporter des éléments explicatifs au niveau de la mortalité infanto-juvénile (Barbieri, 1989). Mais elles ne fournissent pas d'information sur les causes de décès.

- *Les données sanitaires*

Les données issues des infrastructures sanitaires pourraient être une bonne source pour estimer les niveaux de mortalité et surtout étudier les causes de décès. Cependant, relativement peu de décès sont enregistrés dans ces infrastructures. En effet, beaucoup de personnes décèdent « à domicile », soit par manque d'accès aux soins, soit parce que les malades n'y sont pas amenés : les personnes peuvent avoir recours à la médecine traditionnelle¹⁸ ou penser que la maladie et la mort ne s'expliquent pas par un phénomène biologique. C'est d'autant plus fréquent que la personne malade est âgée, son décès intervenant dans « l'ordre des choses ».

Au Burkina Faso, seulement 1 décès sur 12 serait enregistré dans les formations sanitaires (Baya, 2004). Au Sénégal, les décès notifiés dans les formations sanitaires et classés par cause de décès couvrent souvent moins de 20 % des décès estimés dans ces catégories de cause (Sénégal, 1995). De plus, il existe un biais important dans l'étude des causes de décès à partir des données sanitaires puisque la cause du décès n'est pas indépendante de la possibilité de décéder à l'hôpital. Ce biais est plus ou moins important selon le contexte (accès au recours aux soins, type de symptômes, durée de la maladie qui précède le décès...).

3.2. La qualité et la précision des données sur la mortalité selon la population étudiée

- *La mortalité des enfants*

Beaucoup d'enquêtes rétrospectives décrites précédemment permettent de connaître les niveaux de mortalité aux jeunes âges de la vie, par le biais des histoires génésiques. Ainsi, du fait de la répétition de ces enquêtes dans le temps, associées aux recensements de population qui offrent aussi souvent la possibilité d'étudier la mortalité des enfants, on pense avoir une bonne estimation des niveaux de mortalité aux jeunes âges et de leurs évolutions. Toutefois, les données étant pour la plupart rétrospectives et déclarées, il se peut qu'il existe également

¹⁸ Différente de la médecine moderne ou allopathique.

des écarts entre l'âge réel au décès et l'âge déclaré. Nous avons déjà mentionné le fait que les âges des enfants dans les EDS étaient sujets à des biais. Or, plus l'âge au décès est jeune, plus l'écart entre l'âge déclaré et l'âge réel est relativement important, surtout pour distinguer la période néonatale dans la mortalité infantile (les premiers 28 jours de la première année de vie). Le problème se pose également pour différencier la mortinatalité (morts-nés) de la mortalité néonatale précoce (nés vivants et décédés avant le 8^e jour).

- *La mortalité adulte*

Compte tenu du mauvais enregistrement des décès à l'état civil, les principales données sur les décès adultes proviennent des recensements nationaux et des enquêtes représentatives au niveau national que nous avons présentés précédemment (Timæus, 1996 ; Hill, 1977, Hill, 1999).

À partir des recensements, il est possible d'estimer la mortalité adulte grâce à des techniques basées sur la survie et l'accroissement intercensitaire de la population (Preston et Bennett, 1983). On peut aussi estimer le niveau de mortalité à partir des décès survenus au sein du ménage dans les douze derniers mois si la question a été posée. Les premières enquêtes démographiques et de santé permettaient d'étudier la mortalité adulte à travers l'étude de la survie des parents, volet du questionnaire qui n'a pas été gardé dans la deuxième vague (Timæus, 1996).

Une autre méthode se base sur le niveau de mortalité infantile à partir de tables types de mortalité¹⁹ telles que celles développées par Coale et Demeny (Murray *et al.*, 1992). Or, bien qu'elles soient le seul moyen d'avoir une estimation générale de la mortalité adulte en Afrique de l'Ouest, les hypothèses sous-jacentes à ces modèles sont rarement vérifiées dans la réalité. Avec les divergences en matière d'évolution de la mortalité, on peut craindre un éloignement entre les valeurs empiriques et leurs estimations. En effet, la plupart des tables types de mortalité ont été constituées à partir des données européennes (Wunsch, 1984 ; Duchêne, 1999). Les tables types des Nations Unies de 1982 fournissent quatre familles de tables correspondant à différentes régions du monde. Mais les données de pays en développement à partir desquelles elles ont été construites sont imparfaites ou incomplètes. Elles ne considèrent pas les régions où les données sont trop déficientes, ce qui est le cas de l'Afrique subsaharienne (Nations Unies, 1982 ; Laourou, 1995).

¹⁹ « L'idée à la base de la notion de table type de mortalité est de dégager, d'un ensemble plus ou moins vaste de tables existantes, des normes quant à l'établissement des risques de mortalité aux divers âges dans une génération (réelle ou fictive) en fonction de données globales ou fragmentaires (vie moyenne, quotients de mortalité à certains âges...) concernant cette génération » (Pressat, 1985, p. 39).

Qu'elle soit basée sur un modèle ou sur des données peu fiables, l'estimation de la mortalité adulte en Afrique subsaharienne est donc sujette à beaucoup de biais (Nations Unies, 2002b) et reste difficile à estimer (Hill, 2005). Deux aspects de la mortalité adulte ont toutefois fait l'objet d'une attention particulière : la mortalité par sida et la mortalité maternelle.

- *La mortalité par sida*

À partir des différentes méthodes d'estimation de la mortalité adulte (décès récents dans le ménage, méthode des frères et sœurs ou encore celle des orphelins), Ian Timæus (1998) a mis en évidence l'impact de l'épidémie du VIH/sida sur la mortalité adulte. Le niveau de mortalité a considérablement augmenté dans les pays les plus touchés comme au Zimbabwe, où le risque de décéder entre 15 et 60 ans a presque triplé entre 1988 et 1994. Cette augmentation s'est prolongée à la fin des années 1990 allant jusqu'à multiplier par 4,5 la mortalité des femmes de 30-35 ans et par 7 celle des hommes du même groupe d'âges par rapport à une table type de mortalité correspondant au même niveau de mortalité infantile (Caselli *et al.*, 2001).

- *La mortalité maternelle*

La mortalité maternelle pose un certain nombre de problèmes de mesure. D'après la 10^e révision de la Classification internationale des maladies, la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ». Ces types de décès se répartissent en deux groupes. Les décès par cause « obstétricale directe » résultent de « complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un des facteurs ci-dessus ». Les « décès par cause obstétricale indirecte » résultent « d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse » (OMS, 1993-1996).

Ainsi, les décès liés directement à la maternité peuvent être distingués des autres, qui sont des décès où la maternité a joué un rôle favorisant (déterminant, possible ou plausible). La mortalité maternelle, surtout indirecte, est donc difficile à mesurer pour des raisons conceptuelles et pratiques : pour identifier un décès maternel, il est nécessaire d'avoir des

informations sur les causes de décès des femmes en âge de procréer, la cause médicale du décès et également sur l'existence d'une grossesse en cours ou aboutie peu de temps avant la survenue du décès.

À partir des différentes sources disponibles ainsi que des enquêtes spécifiques pour étudier la mortalité des femmes en âge de procréer (dont la méthode « des sœurs » qui consiste à interroger une femme sur la survie de ses sœurs), l'OMS estime qu'en Afrique 247 000 femmes sont mortes en 2000 pour une cause maternelle, soit près de la moitié de la totalité des décès maternels dans le monde. Avec 920 décès pour 100 000 naissances vivantes, l'Afrique subsaharienne constitue la région du monde où le taux de mortalité maternelle est de loin le plus élevé (OMS *et al.*, 2002). Cependant, du fait de la défaillance des données, le niveau de mortalité maternelle dans la plupart des pays a été estimé à partir d'un modèle qui implique une incertitude plus ou moins grande selon les sources disponibles. Ainsi au Sénégal, le nombre de femmes décédées pour 100 000 naissances vivantes en 2000 est estimé à 690 avec une grande marge d'incertitude (entre 180 et 1300) alors qu'en 1995 cette mortalité maternelle était estimée à 1200, différence qui relève plus d'une modification dans la méthode d'estimation que d'une diminution du niveau de mortalité (OMS *et al.*, 2002).

En Afrique de l'Ouest, le Sénégal est un pays qui illustre bien ce que l'on peut savoir sur la mortalité à partir des données nationales en Afrique subsaharienne.

3.3. L'exemple du Sénégal

- *Présentation des sources de données*

Pour apprécier la qualité des données, il faut comparer les différentes sources disponibles. Le pays ne dispose pas d'un état civil exhaustif²⁰. Depuis son indépendance, le Sénégal a effectué trois recensements de la population et de l'habitat : en 1976, en 1988 et en 2002. Plusieurs enquêtes démographiques représentatives y ont aussi été réalisées : l'enquête démographique en 1960/1961 ; l'enquête démographique nationale en 1970/1971 ; l'enquête de fécondité en 1978 ; quatre enquêtes démographiques et de santé en 1986, 1992/1993, 1997 et 2005 ; et l'enquête sur les indicateurs de santé en 1999 (tableau 1.1).

²⁰ Seulement dans les grandes agglomérations de Dakar et Saint-Louis.

Tableau 1.1.
Sources de données démographiques exhaustives ou représentatives
au niveau national du Sénégal

Date	Type de source	Sigle	Référence
1960/1961	Enquête démographique	ED	Sénégal (Rép. du), 1964
1970/1971	Enquête démographique nationale	EDN	Sénégal (Rép. du), 1974
1976	<i>Recensement général de la population et de l'habitat</i>	RGPH-76	Sénégal (Rép. du), 1976
1978	Enquête sénégalaise sur la fécondité	ESF	Sénégal (Rép. du), 1981
1986	Enquête démographique et de santé	EDS-I	Ndiaye <i>et al.</i> , 1988
1988	<i>Recensement général de la population et de l'habitat</i>	RGPH-93	Sénégal (Rép. du), 1993
1992/1993	Enquête démographique et de santé	EDS-II	Ndiaye <i>et al.</i> , 1994
1997	Enquête démographique et de santé	EDS-III	Ndiaye <i>et al.</i> , 1997
1999	Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé	ESIS	Sow <i>et al.</i> , 1999a
2002	<i>Recensement général de la population et de l'habitat</i>	RGPH-02	non disponible
2005	Enquête démographique et de santé	EDS-IV	non disponible

- *La population du Sénégal*

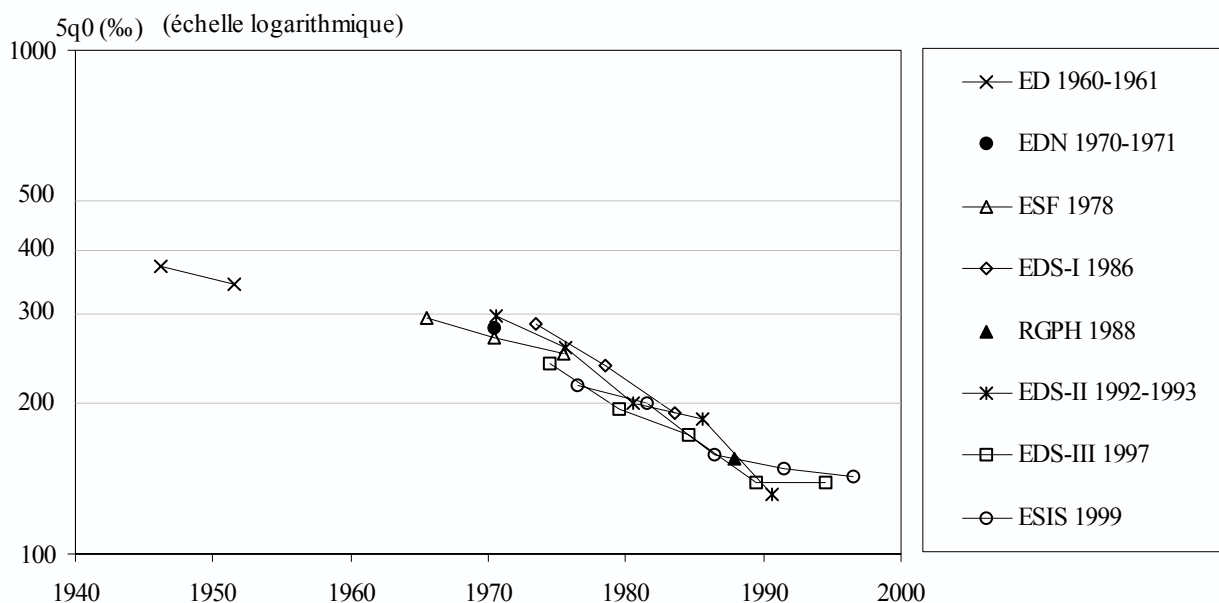
En 2005, on estime à 11,6 millions le nombre d'habitants au Sénégal qui sont inégalement répartis sur le territoire : 51 % de la population vit en milieu urbain, pour la plupart dans la région de Dakar. Le taux annuel d'accroissement serait de 2,4 % en 2000-2005 (Nations Unies, 2005). Depuis les années 1980, la fécondité baisse : l'indicateur synthétique de fécondité qui était estimé à 6,6 enfants par femme en 1984-1986 (EDS-I) est de 5,2 enfants en 1995-1999 (ESIS). L'espérance de vie à la naissance est évaluée par les Nations Unies à moins de 56 ans en 2000-2005 pour les deux sexes. Avec 43 % de la population qui est âgée de moins de 15 ans en 2005, la population du Sénégal est très jeune (Nations unies, 2005).

- *Comparaison des données sur la mortalité infanto-juvénile*

La figure 1.4 présente les estimations de la mortalité avant 5 ans à partir des différentes enquêtes. Globalement, les sources donnent des résultats assez cohérents et montrent clairement la forte baisse de la mortalité infanto-juvénile qui a eu lieu au Sénégal depuis la fin des années 1940 jusque la fin des années 1990 avec un niveau qui est passé de plus 370 à 131 ‰. Les variations entre les niveaux donnés pour une même période par deux sources différentes montrent les limites de l'enquête rétrospective : estimer correctement la mortalité des enfants en interrogeant les femmes quinze à vingt ans après les événements qu'elles rapportent s'avère difficile. On supposera donc que plus la période d'estimation est récente à

la date de l'enquête, plus l'indicateur est fiable. Les deux dernières enquêtes démographiques réalisées en 1997 et 1999 permettent d'observer une stagnation du niveau de mortalité avant 5 ans : d'après l'ESIS, le risque de décéder avant le cinquième anniversaire s'élève à 142 ‰ sur la période 1994-1998 (Sow *et al.*, 1999a).

Figure 1.4.
Évolution de la mortalité infanto-juvénile au Sénégal
d'après les différentes sources de données disponibles



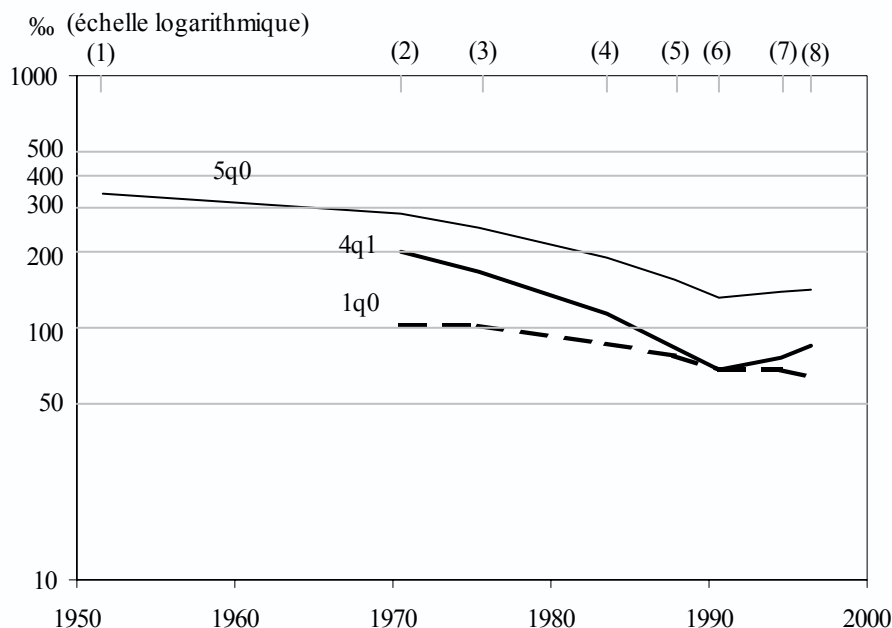
Sources : tableau 1.1, détails en annexe 1.2.

- *Évolution de la mortalité infantile et juvénile*

Si on décompose la mortalité avant 5 ans entre la période infantile et la période juvénile, on voit que c'est principalement entre 1 et 5 ans que le recul a été très important. Mais on observe une remontée dans les années 1990 de la mortalité juvénile qui est passée de 68 ‰ en 1988-1992, à 76,5 ‰ en 1992-1996, puis à 84,4 ‰ en 1994-1998 (figure 1.5).

Figure 1.5.

Évolution de la mortalité avant 5 ans au Sénégal depuis 1950



Sources : (1) ED / (2) EDN / (3) ESF / (4) EDS-I / (5) RGPH / (6) EDS-II / (7) EDS-III / (8) ESIS
tableau 1.1; détails en annexe 1.2.

- *Une mortalité beaucoup plus forte en milieu rural*

Sur le territoire sénégalais, il existe d'importantes disparités entre le monde rural et le monde urbain. En effet, si la mortalité a baissé dans les deux cas, elle reste à un niveau beaucoup plus élevé en milieu rural. Sur la période 1989-1998, le risque de décéder avant 5 ans est estimé à 92 ‰ en milieu urbain alors qu'il s'élève encore à 171 ‰ en milieu rural (Sow *et al.*, 1999a). De plus, en zone urbaine, la hausse récente de la mortalité avant 5 ans est liée à la mortalité infantile alors qu'elle semble surtout due à la mortalité juvénile en zone rurale, comme au niveau national (tableau 1.2 ; figure 1.6).

Tableau 1.2.

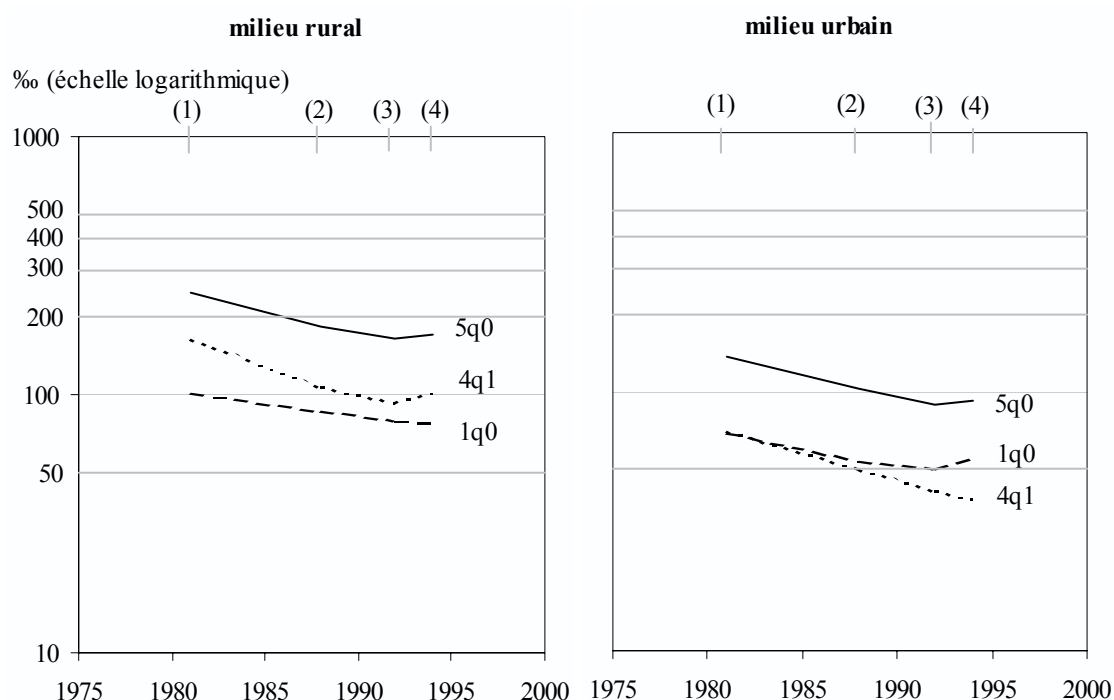
Évolution de la mortalité avant 5 ans au Sénégal (en ‰)
selon le milieu rural/urbain d'après les EDS et l'ESIS

Enquête	période de référence	date de référence	rural			urbain		
			1q0	4q1	5q0	1q0	4q1	5q0
EDS-I	1976-1985	1981	102	164	250	70	71	135
EDS-II	1983-1992	1988	87	107	184	55	50	102
EDS-III	1987-1996	1992	79	94	165	50	41	89
ESIS	1989-1998	1994	77	102	171	55	39	92

Sources : Sow *et al.*, 1999a ; Ndiaye *et al.*, 1997 ; Ndiaye *et al.*, 1994 ; Ndiaye *et al.*, 1988

Figure 1.6.

Évolution de la mortalité avant 5 ans au Sénégal
selon le milieu rural/urbain d'après les EDS et l'ESIS



Sources : (1) EDS-I / (2) EDS-II / (3) EDS-III / (4) ESIS ; tableau 1.2.

- *Évolution de la mortalité adulte*

Les décès survenant dans le ménage dans les douze derniers mois précédant le recensement collectés lors du recensement de la population de 1988 ont permis d'estimer la mortalité adulte en 1987-1988 : à l'âge de 15 ans, le risque de décéder avant 60 ans atteignait 270 ‰ pour les femmes et 300 ‰ pour les hommes. La mortalité adulte aurait baissé puisque

ce quotient était estimé à 370 ‰ au début des années 1970 à partir de la méthode de la survie des parents utilisée sur les données du même recensement. Ainsi, l'espérance de vie à 15 ans serait passée de 48 à 50 ans pour les hommes et de 47 à plus de 51 ans pour les femmes (tableau 1.3) (Pison *et al.*, 1997b).

Tableau 1.3.
Différentes estimations de la mortalité adulte au Sénégal

Type d'information	Période de référence	Hommes		Femmes	
		${}_{45}q_{15}$	e_{15}	${}_{45}q_{15}$	e_{15}
Recensement de 1988 : Survie des parents ^(a)	1972	-	-	0,375	47,1 ans
	1976	0,354	48,3 ans	-	-
EDS-I / Table type ^(b)	1978	0,348	-	0,290	-
Recensement de 1988 : Décès dans les 12 derniers mois ^(a)	1987-1988	0,295	49,9 ans	0,271	51,5 ans
EDS-II / Table type ^(c)	1987	0,273	-	0,207	-
EDS-II / Table type ^(c)	1989	0,239	-	0,163	-
EDS-II / Table type ^(c)	1993	0,208	-	0,127	-

Source : ^(a) Pison *et al.*, 1997b ; ^(b) Timæus, 1991 ; ^(c) Timæus, 1998.

- *Le manque de données sur les causes de décès*

À l'occasion de la première EDS en 1986, les femmes ont été interrogées sur les causes de décès de leurs enfants. Ces données sont incomplètes (42 % de réponses manquantes pour les décès d'enfants de moins de 5 ans) et la fiabilité de la réponse basée sur la déclaration est incertaine. Elles restent néanmoins très informatives : le tétanos néonatal est la cause de mortalité dans le premier mois la plus fréquemment citée ; entre 1 et 5 ans, la diarrhée, le paludisme, les infections respiratoires aiguës et la rougeole représentent les principales causes de décès déclarées (Boerma *et al.*, 1994²¹). D'après les statistiques du Ministère de la santé, les principales causes de décès sont en 1983 : le paludisme, la méningite, le tétanos, les maladies respiratoires et la rougeole (Lo, 1986²²).

Quant aux adultes, les grandes causes de décès identifiées à la fin des années 1980 étaient la tuberculose, le choléra, le cancer du foie ainsi que la mortalité maternelle (Antoine, 1991). Malgré l'incertitude du taux estimé à 690 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité maternelle est toujours très élevée (OMS *et al.*, 2002), ce qui explique en partie la faible différence entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes, phénomène que

²¹ Cité par Pison *et al.*, 1997b.

²² Cité par Antoine, 1991.

l'on retrouve dans la plupart des pays du Sud contrairement aux pays du Nord où l'espérance de vie des femmes est nettement plus élevée que celle des hommes. Avec une séroprévalence relativement faible estimée à 1,4 % en 1999, le sida ne pèse pas très lourd dans la mortalité adulte (ONUSIDA et OMS, 2003).

Globalement, les données disponibles ne sont donc pas très satisfaisantes pour étudier la mortalité. Aussi, des méthodes de suivi démographique à un niveau local ont été élaborées afin de recueillir des données qui peuvent nous permettre d'identifier les freins à la baisse de la mortalité. Elles s'appuient sur des enquêtes à passages répétés auprès d'une partie de la population – comme les enquêtes IFORD développées en milieu urbain africain (Van de Walle, 1988) – ou de sa totalité comme dans le cas des observatoires de population.

3.4. L'apport des observatoires de population

- *L'objectif des observatoires de population*

Pour pallier le manque de séries statistiques à la fois précises, fiables et de longue durée dans les pays du Sud, une méthode de recueil de données a été développée pour « recourir le moins possible à la mémoire des personnes interrogées et couvrant plusieurs années successives » (Cantrelle, 1969). L'observation suivie par enquêtes à passages répétés consiste en une observation exhaustive et « quasi-continue » des événements démographiques qui surviennent au sein d'une population définie par une zone géographique déterminée (Lohlé-Tart et François, 1999). Les premiers observatoires de population ont été initiés dans les années 1960, le premier du genre en Afrique fut mis en place en 1962 par l'Orstom (actuel IRD²³) sous la direction de Pierre Cantrelle à Niakhar en milieu rural sénégalais (Cantrelle, 1969). Depuis, de nombreux sites de suivi démographique ont été institués dans le monde, la plupart étant situés en Afrique subsaharienne et en Asie²⁴. La taille de la population suivie est très variable : de quelques milliers à plusieurs centaines de milliers (Pison, 2005).

- *Le recensement initial*

L'observation suivie d'une population suppose qu'il y ait initialement un fichier nominatif des personnes qui en font partie. Dans un premier temps, cette population doit être

²³ Institut de recherche pour le développement.

²⁴ Beaucoup d'observatoires de population font partie du réseau Indepth (International Network of field sites with continuous Demographic Evaluation of Populations and Their Health in developing countries). En 2005, le réseau Indepth regroupait 33 sites dans 18 pays différents (22 en Afrique, 9 en Asie, 1 en Amérique centrale) : <http://www.indepth-network.org/>.

définie comme habitante dans une zone clairement délimitée géographiquement : un village, une ville, une circonscription, etc. La liste nominative est généralement constituée à partir d'un recensement de la population de la zone définie. Pour être bien mené, celui-ci est souvent réalisé à partir d'autres supports d'informations comme une cartographie de la zone ou des registres administratifs. Il peut aussi s'appuyer sur un recensement national de la population et de l'habitat.

- *Le suivi démographique*

Les passages répétés au lieu d'habitation de chaque individu appartenant à la population permettent d'identifier tous les événements survenus (l'absence d'une personne au moment de l'enquête permet d'enregistrer une émigration ou un décès, un nouvel individu suppose une immigration et chaque femme en âge de procréer est interrogée sur un éventuel accouchement depuis l'enquête précédente²⁵). La répétition des enquêtes offre aussi la possibilité de corriger d'éventuelles incohérences constatées à la suite d'un passage. La périodicité est variable selon les sites, allant d'un passage hebdomadaire à un passage annuel. Ces passages permettent de situer les événements de façon précise dans le temps, la datation des événements se faisant sur une courte durée rétrospective. Les événements sont rapportés individuellement, au fil de l'observation. On obtient ainsi un suivi démographique pour chaque individu faisant partie de la population. Les indicateurs démographiques ne sont plus estimés mais calculés sur l'ensemble de la population étudiée. Néanmoins, des biais peuvent être induits par la méthodologie appliquée, notamment pour définir la population suivie et les critères d'inclusion et d'exclusion des individus qui la composent, surtout dans le cas de population ouverte avec des mouvements migratoires importants ce qui est généralement le cas. Pour minimiser les erreurs, il est primordial de bien connaître la zone d'étude.

À moyen ou à long terme, on peut observer les évolutions dans le temps. On peut aussi mettre en relation les événements qui surviennent dans le parcours d'un même individu et donc émettre des interprétations causales, de la même manière que dans une enquête biographique. Au niveau local, d'autres informations peuvent être recueillies auprès des infrastructures existantes, un dispensaire ou une école par exemple. En outre, la population constitue une base de sondage pour réaliser des enquêtes complémentaires auprès de la population. Ces enquêtes peuvent relever de différents domaines : médicaux, épidémiologiques, socioéconomiques, anthropologiques...

²⁵ Pour améliorer le suivi des naissances, les grossesses des femmes en âge de procréer peuvent aussi être recensées.

Ce type de suivi démographique est limité par une « fenêtre spatio-temporelle » (Delaunay, 2002) : les individus sont observés à une période et sur un espace donnés. Pour recueillir des informations sur une personne qui immigre dans la population, on a recours à une méthode rétrospective. À l'opposé, le suivi démographique s'arrête pour un individu qui émigre. Bien que non représentatifs au niveau national, ces observatoires de population permettent d'améliorer les connaissances que l'on a des évolutions démographiques dans les pays en développement. Ils constituent également un support privilégié pour une collecte des causes de décès.

- *La méthode de l'autopsie verbale et l'étude des causes de décès*

La méthode d'autopsie verbale a été développée, permet de recueillir auprès des proches du défunt des informations sur les symptômes et les troubles ayant précédé le décès. C'est dans les années 1950 que Yves Biraud propose une méthode de recueil des causes de décès : la méthode NM qui consiste en l'enregistrement des causes élémentaires de décès par un personnel non médical. Parmi les causes de décès, « il en est tout d'abord qu'un non-médecin peut connaître : décès de femmes en couches, décès par accidents ou blessures (la rumeur publique remplace ici le médecin-légiste). [...] Pour ce qui est des maladies, certaines sont reconnues de tous les adultes et possèdent un nom dans la langue locale qu'il est facile de rapporter, l'équivalent de variole, rougeole, coqueluche, maladie du sommeil dans les zones d'endémie etc. » (1956). En effet, pour certaines maladies à caractère endémique, la symptomatologie populaire serait aussi bonne que les critères cliniques (Uche, 1988). La technique de l'autopsie verbale suppose donc que la plupart des causes de décès présentent des configurations distinctes de symptômes et que celles-ci peuvent être reconnues, retenues et reportées par des personnes non qualifiées au niveau médical. Outre le sexe et l'âge de la personne décédée, l'enquêteur relève les circonstances du décès, les premiers symptômes, leur localisation et leur durée. Le médecin est ensuite requis pour l'interprétation des informations recueillies et la détermination des causes probables de décès (Biraud, 1956 ; Garenne et Fontaine, 1988 ; Clairin, 1988). Selon les possibilités, il pourra avoir recours à d'autres informations s'il existe un dispositif sanitaire par exemple avec l'existence de registres contenant des informations médicales. Ainsi, les décès peuvent être classés, en se basant sur une information reportée, dans des catégories de causes de décès (Chandramohan *et al.*, 1994). Ces autopsies verbales ne peuvent toutefois pas remplacer une véritable statistique de mortalité par cause (Meslé, 2002).

* *

*

Au Sénégal, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la mortalité reste un phénomène démographique difficile à étudier. L'état civil ne fonctionne pas toujours, particulièrement en milieu rural ; les résultats des recensements sont biaisés par le problème de la datation des événements déclarés ; et dans le cas où le décès est recensé, le dispositif sanitaire ne permet pas d'enregistrer les causes médicales de décès. Les enquêtes démographiques et de santé permettent d'estimer correctement la mortalité des enfants. Mais on connaît peu la mortalité adulte et les causes de décès des enfants et des adultes. Dans un tel contexte, les observatoires de population, ou site de suivi démographique, apportent leur contribution à une meilleure connaissance des niveaux et des évolutions démographiques grâce à la précision de la mesure ainsi qu'aux causes de décès qu'ils permettent d'identifier.

4. Conclusion

Dans tous les pays du Sud, la mortalité a baissé au cours du 20^e siècle, suivant le modèle de la transition démographique. Cette baisse résulte d'une transition épidémiologique des causes de décès et des âges auxquels ils surviennent : une forte mortalité est liée à un niveau élevé de maladies infectieuses touchant surtout les jeunes enfants tandis qu'une mortalité plus faible va de pair avec les maladies de société et de dégénérescence touchant les adultes et les personnes âgées. Le progrès biomédical a été le moteur de ce changement. Mais le modèle de la transition n'est pas unique et la transition sanitaire permet d'adopter une approche plus large en tenant compte notamment du développement économique et social. En effet, l'évolution de la mortalité des pays en développement ne correspond pas à celle qu'ont connue les pays développés et elle n'est pas non plus la même dans toutes les régions du monde. L'émergence et la recrudescence de maladies infectieuses et parasitaires comme le sida et le paludisme, les infections en cause dans certains cancers ainsi que l'importance des maladies cardiovasculaires constituent un contexte biomédical relativement différent de celui qui prévalait dans le passé en Europe. En outre, les progrès en matière de mortalité ne peuvent se pérenniser que s'ils sont accompagnés de conditions favorables dans différents domaines : nutritionnel, économique, institutionnel, politique, socioculturel et démographique.

En Afrique subsaharienne, la mortalité a augmenté dans les dernières décennies : cette région du monde continue de souffrir de nombreuses maladies infectieuses. L'émergence et la recrudescence de certaines d'entre elles entraînent dans beaucoup de pays des situations dramatiques en termes de mortalité. De plus, la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara ne connaissent pas d'essor économique, phénomène aggravé par les crises politiques ; leurs habitants n'ont pas ou peu accès aux soins, surtout en milieu rural ; les politiques de santé publique, dans une logique nationale doivent tenir compte de la diversité culturelle de la population. Enfin, la fécondité toujours très élevée peut aussi enrayer la baisse de la mortalité. Peu de sources de données permettent d'étudier de façon précise la mortalité, ses niveaux et les causes de décès qui la structurent, du fait des insuffisances de l'état civil. Au niveau national, la mortalité est généralement estimée grâce aux enquêtes démographiques, mais elle concerne surtout la période infanto-juvénile. Pour estimer les niveaux de mortalité aux autres âges, les études s'appuient sur des méthodes indirectes. Toutes ces méthodes et sources de données présentent des biais importants. En outre, très peu d'informations concernent les causes de décès. C'est ce que nous avons pu observer dans le cas du Sénégal. Pour toutes ces

raisons, une méthode originale de collecte a été élaborée : le suivi de population. Les observatoires de population peuvent fournir des informations détaillées sur la mortalité avec notamment l'âge auquel surviennent le décès et la cause probable du décès lorsqu'il fait l'objet d'une autopsie verbale. Les autres données démographiques et sanitaires complètent ces deux informations si rarement réunies de façon exhaustive au sein d'une population en milieu rural d'Afrique subsaharienne.

Au Sénégal, l'observatoire de population de Bandafassi a été le cadre d'une étude sur l'impact de la couverture vaccinale sur la santé des enfants et sur la réduction de la mortalité juvénile (Desgrées du Loû et Pison, 1995 ; Desgrées du Loû, 1996). La mortalité maternelle a aussi été mesurée dans différents observatoires de population du Sénégal, ce qui a permis d'estimer une fourchette au niveau national ainsi que de supposer une surestimation en 1995 par l'OMS de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest²⁶ (Pison *et al.*, 2000). Dans le cas de la mortalité par sida, des études ont évalué de façon précise l'impact de cette maladie sur le niveau de mortalité générale (en tenant compte du groupe d'âges, du sexe et des causes associées) selon le niveau de séroprévalence (Boerma *et al.*, 1998 ; Timaeus, 2004). Dans le rapport 2003 de l'ONUSIDA sur l'épidémie de VIH/sida, il est d'ailleurs fait mention des mesures provenant des sites de suivi démographique et sanitaire et qui ont été prises en compte dans les pays où les données sont déficientes pour estimer l'ampleur de l'épidémie (ONUSIDA et OMS, 2003).

²⁶ La révision 2000 de l'estimation de la mortalité maternelle par l'OMS tient compte des données des observatoires de population et est d'ailleurs plus faible que celle de 1995 (OMS *et al.*, 2002).

CHAPITRE 2. L'OBSERVATOIRE DE POPULATION ET DE SANTÉ DE MLOMP

Vivant en milieu rural dans le sud du Sénégal, la population de Mlomp fait l'objet d'un suivi démographique depuis 1985 (Pison *et al.*, 2001a). Depuis son recensement initial, les enquêtes sont annuelles et enregistrent les naissances, les décès, les unions ainsi que les migrations saisonnières de tous les individus de la population. Chaque décès donne lieu à une autopsie verbale. Grâce au soutien du personnel des infrastructures sanitaires locales, beaucoup d'informations médicales enrichissent le suivi démographique. Cela permet d'une part de valider la cause de beaucoup de décès, d'autre part, à partir des registres disponibles, d'évaluer la couverture vaccinale des enfants ou le suivi des consultations prénatales des femmes enceintes. Enfin, différentes enquêtes complémentaires médicales, épidémiologiques ou anthropologiques y ont été menées. Ce chapitre présente de façon détaillée l'observatoire de population et de santé : la zone d'étude, la population et ses principales caractéristiques. Ceci nous permettra de présenter dans le chapitre suivant la structure de la population de Mlomp et son évolution démographique au cours du 20^e siècle.

1. Présentation de la zone d'étude

1.1. Situation de Mlomp

- *À l'extrême sud-ouest du Sénégal, dans la région de Ziguinchor*

En Afrique de l'Ouest, au Sud-Ouest du Sénégal, l'ancienne région de la Casamance a été subdivisée en 1984 en deux régions administratives Ziguinchor et Kolda. Mlomp se situe dans la région de Ziguinchor, qu'on appelle la Basse Casamance (carte 2.1), à 10 km d'Oussouye, la préfecture du département du même nom. Mlomp est relativement éloigné de Dakar, la capitale¹.

Carte 2.1.

Carte du Sénégal et localisation de l'observatoire de population de Mlomp



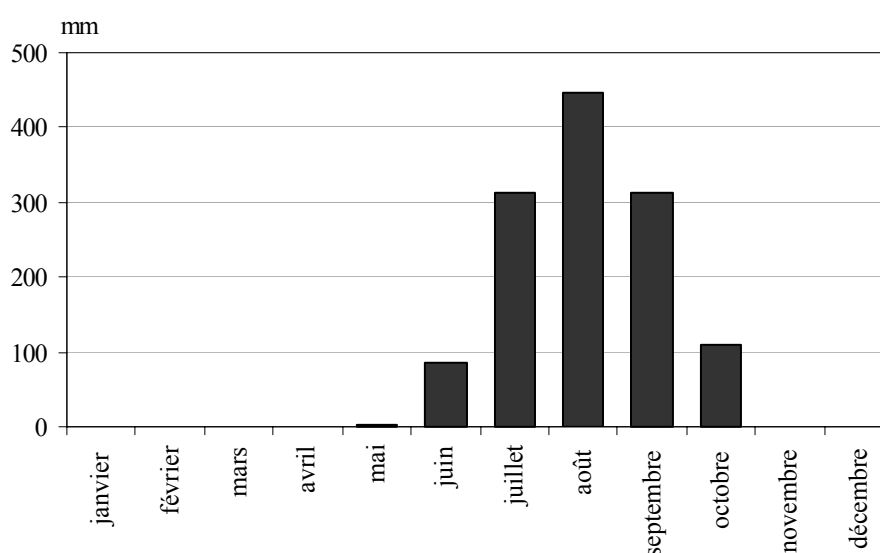
¹ Mlomp n'est qu'à environ 250 km à vol d'oiseau de Dakar, mais la route est plus longue et la Gambie isole la région géographiquement.

- *Climat et ressources de la région*

L'année climatique au Sénégal est divisée en deux saisons : la saison sèche et la saison des pluies (hivernage). Le Sénégal appartenant à la fois au Sahel et à la région subtropicale, son climat est très différent du Nord au Sud où les précipitations sont les plus importantes. Elles varient d'une année sur l'autre, ce qui peut entraîner des conséquences sur la production annuelle agricole². Le climat de Mlomp est donc caractérisé par l'alternance d'une saison sèche, de novembre à mai, et d'une saison des pluies, de juin à octobre (figure 2.1). Sur la période 1984-2003, il est tombé à Mlomp³ 1 271 mm de pluie par an en moyenne, avec des précipitations qui varient entre 1 000 et 1 800 mm selon les années (annexe 2.1).

Figure 2.1.

Pluviométrie mensuelle de Mlomp, moyenne sur 1984-2003



Source : centre agricole d'Oussouye (annexe 2.1).

Du fait des fortes précipitations, et malgré la diminution constatée dans les années 1970 qui a pu entraîner d'importantes difficultés économiques dans certaines sous-régions (Chéneau-Loquay, 1994), les habitants de la région disposent d'une terre très riche par rapport au reste du Sénégal permettant différentes cultures. La Casamance est considérée comme le « grenier du Sénégal » (Pélissier, 1966). Traditionnellement, les Casamançais cultivent du riz, mais plus récemment les cultures du sorgho et de l'arachide se sont aussi développées. Le

² Même si l'effet sur l'agriculture est d'autant moins important que la pluviométrie est forte.

³ On assimile la pluviométrie de Mlomp à celle d'Oussouye, qui se situe à 10 km au sud de Mlomp.

maraîchage est aussi une activité courante. Les nombreuses palmeraies qui s'y trouvent permettent également de récolter du vin ou de l'huile de palme. Les eaux saumâtres du fleuve Casamance et de ses bolongs⁴, où la mangrove est constituée d'îlots de palétuviers, sont très poissonneuses et la pêche représente une autre activité importante de la région.

- *Caractéristiques ethniques, religieuses et linguistiques*

Comme la plus grande part de la population de Basse Casamance, les habitants de Mlomp sont dans leur grande majorité d'ethnie diola ou *joola*⁵, de confession animiste* ou catholique. Quelques instituteurs ou commerçants d'autres ethnies du Sénégal ou de la Guinée habitent aussi à Mlomp et certains sont musulmans.

Au 1^{er} janvier 2005, la population observée regroupait 8 008 personnes dont plus de 92 % étaient diolas. Avec un peu plus de 2 % seulement, la seconde ethnie la plus représentée est l'ethnie peule. Sur le territoire national, les Diola ne représentent que 5 % de la population en 1999, les principaux groupes ethniques étant les Wolof (43 %), les Peul (24 %) et les Sereer (15 %). La population se différencie aussi par sa religion puisque 94 % de la population sénégalaise est musulmane (Sow *et al.*, 1999a).

Les habitants de Mlomp parlent diola, plus précisément le diola *Kassa*⁶ qui est la langue identitaire et maternelle. Beaucoup parlent le wolof, la langue véhiculaire au Sénégal, et le français, la langue institutionnelle. Le plus souvent, le français est appris à l'école ou en migration ; les hommes et les jeunes générations peuvent généralement s'exprimer en français qui est aussi véhiculé en dehors de l'école (dans les administrations ou à l'église (Moreau, 1994)).

- *Enclavement de la zone*

Singulière du point de vue de sa population, la zone est assez enclavée. Les trajets pour Ziguinchor à 50 km peuvent s'avérer longs à cause du mauvais état de la route⁷ surtout en saison des pluies et parfois dangereux à cause des troubles politiques de la région. En effet, les conflits politiques qui perdurent depuis 1982 restent une entrave à la circulation des

⁴ Mot d'origine mandingue, désignant un bras de mer bordé de palétuviers.

⁵ Pour éviter une mauvaise transcription phonétique, on préférera utiliser diola qui est l'orthographe francisée de *joola*. Les mots écrits en orthographe diola sont en italique dans le texte. Étymologiquement, le terme Diola désigne « tous les vivants visibles » (Thomas, 1959). Les Diola de Mlomp font partie plus particulièrement du sous-groupe *Essoulalou*.

⁶ Chaque sous-groupe diola a ses spécificités linguistiques mais globalement, on parle le diola *Kassa* sur la rive gauche du fleuve et le diola *Fogny* sur la rive droite.

⁷ Auparavant, les habitants devaient franchir par bac un bras du fleuve Casamance, ce qui augmentait la durée du voyage. En 1980, un pont a été construit et la route a été refaite et goudronnée. Cependant, avec les conditions climatiques, l'état de la route se détériore très vite.

personnes dans la région (encadré 2.1). Pour se rendre à Dakar, la capitale, l'avion est cher, le transport routier est long et malaisé car il oblige de traverser la Gambie. Depuis qu'il n'y a plus de liaison par voie maritime entre Ziguinchor et Dakar à la suite du naufrage du « Joola » en 2002, la région est encore plus isolée.

Encadré 2.1

Historique du conflit en Casamance

Le Mouvement des Forces démocratiques de Casamance (MFDC), formation régionaliste, est né en 1947. Jusqu'à l'indépendance du Sénégal en 1960, la Casamance était considérée comme une région dissidente par les autorités portugaises puis françaises pendant les périodes d'occupation et de colonisation. Par la suite, éloignée de Dakar et enclavée entre la Gambie et la Guinée-Bissau, les habitants de la région qui sont principalement des Diola animistes ont continué à se sentir éloignés du pouvoir central dakarois. Pourtant, son climat subtropical la confère « grenier du Sénégal » et sa côte océanique en font une destination potentiellement très touristique. La revendication indépendantiste est en partie née de l'attribution de terres aux populations du Nord du Sénégal qui connaissent de graves problèmes de sécheresse : musulmans et wolofs, cultivant l'arachide plutôt que le riz et travaillant dans le petit commerce et les complexes touristiques.

L'actuelle rébellion en Casamance a commencé le 26 décembre 1982 par la forte répression d'une manifestation organisée à Ziguinchor pour réclamer l'indépendance de la Casamance. Les forces de l'ordre doivent disperser la foule : plusieurs manifestants sont blessés, des dizaines d'autres sont arrêtés dont l'abbé Augustin Diamacoune Senghor, qui deviendra plus tard le secrétaire général du MFDC qui vient de se reformer. Un an plus tard, le mouvement décide de commémorer cet événement et l'opposition violente avec les forces de l'ordre fait une dizaine de morts. Depuis, la Casamance est le théâtre d'affrontements entre les indépendantistes et l'armée sénégalaise.

Le MFDC s'est scindé en différentes branches plus ou moins modérées, amenant des conflits internes, qui ont rendu le dialogue difficile avec les autorités sénégalaises. S'ajoutent à la complexité de la situation des relations internationales parfois difficiles entre le Sénégal et les pays limitrophes, la Gambie et la Guinée-Bissau. Entre 1991 et 1995, plusieurs cessez-le-feu décidés entre le MFDC et le gouvernement n'ont pas permis de résoudre le conflit : les leaders du MFDC continuent de réclamer l'indépendance et les gouvernements sénégalais successifs restent fermes vis-à-vis de cette revendication.

On recense encore fréquemment des actions dont certaines sont reconnues par les leaders indépendantistes mais d'autres non. Des séparatistes sont tués sans que la population sache qui, de l'armée ou des différentes factions du maquis, sont les commanditaires. L'armée continue d'être très présente, elle a mis en place de nombreux barrages sur les routes et procède à beaucoup de contrôles d'identités. Le MFDC tente de se réunifier et des négociations sont périodiquement annoncées.

Depuis le début du conflit, des villages ont été détruits ou désertés, des zones et des routes ont été minées. Sans que l'on ait de données précises, plusieurs dizaines de milliers de personnes auraient été déplacées à cause de ce conflit et plusieurs centaines de décès de militaires, de séparatistes et de civils y seraient directement liés (Marut, 1994). Ce conflit empêche de surcroît le développement socioéconomique de la région qui présente un fort potentiel touristique.

Sources : Marut, 1994 ; ACP-UE, 2003 ; articles d'information présentés par Radio France Internationale (<http://www.rfi.fr>) et Afrique Express (<http://www.afrique-express.com>).

- *Mlomp, une agglomération villageoise*

L'agglomération de Mlomp couvre une superficie de 70 km² constituée principalement de rizières. À Mlomp, la partie habitée, boisée, est clairement définie par un enclos qui permet de protéger les rizières du bétail entre le moment du repiquage du riz et de la récolte. C'est à partir de ces deux éléments qu'a pu être délimitée géographiquement la zone d'étude qui couvre 7 km² (carte 2.2) (Merlot, 2004). La zone d'étude de Mlomp est une communauté

rurale constituée de deux villages*, *M'Lomp*⁸ et *Kajinool*. Chaque village regroupe des quartiers* (tableau 2.1 ; carte 2.2). Ces onze quartiers sont eux-mêmes subdivisés en sous-quartiers qui rassemblent des *hanks**, terme diola désignant les concessions familiales au sein desquelles on trouve les ménages* apparentés de façon patrilinéaire. Ce sont les ménages qui constituent l'unité domestique définie par l'observatoire de population.

L'organisation politique de cette communauté associe le président de la communauté rurale aux chefs des quartiers : le premier représente les villages de la communauté⁹ au niveau des administrations et notamment de la préfecture ; les seconds relèvent de l'organisation politique traditionnelle¹⁰.

Tableau 2.1.
Présentation des différents quartiers de la zone d'étude

Zone d'étude de Mlomp	
Village de <i>M'Lomp</i>	Village de <i>Kajinool</i>
<i>Haër</i>	<i>Kanjanka</i>
<i>Etebemai</i>	<i>Hasuka</i>
<i>Jikomol</i>	<i>Ebankiin</i>
<i>Jibeten</i>	<i>Kañao</i>
<i>Kajifolon</i>	<i>Seege</i>
	<i>Kafon</i>

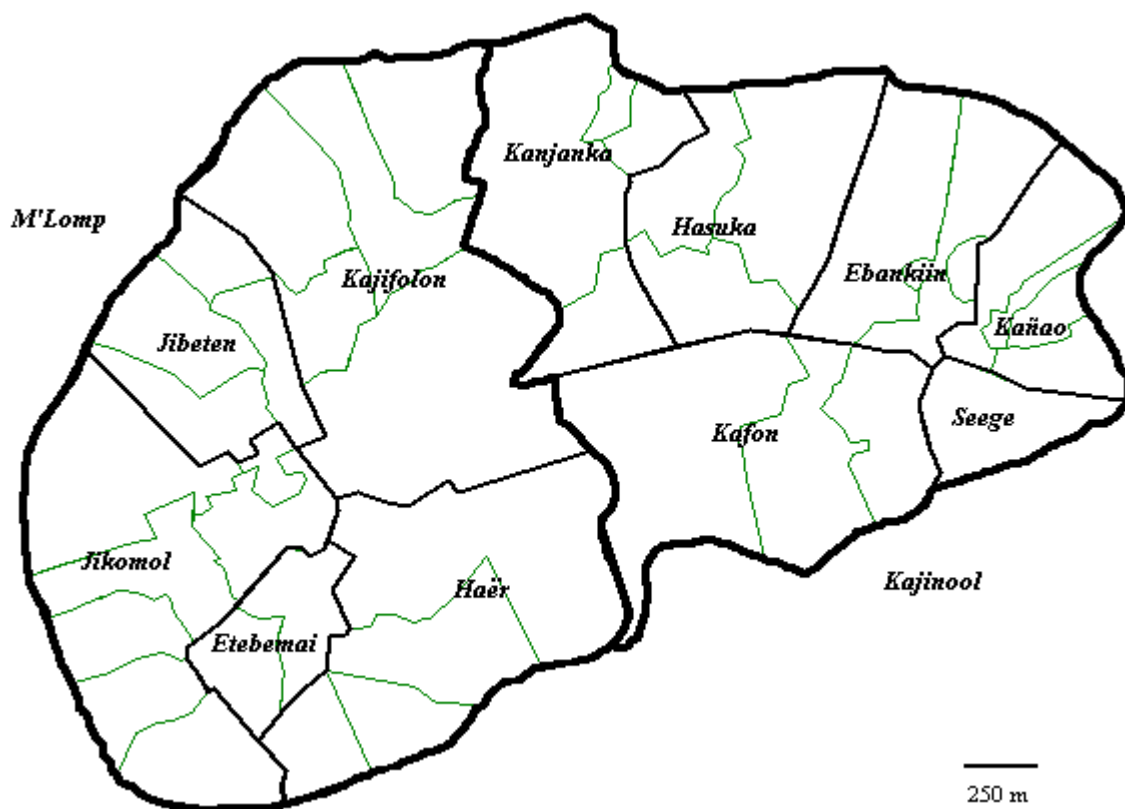
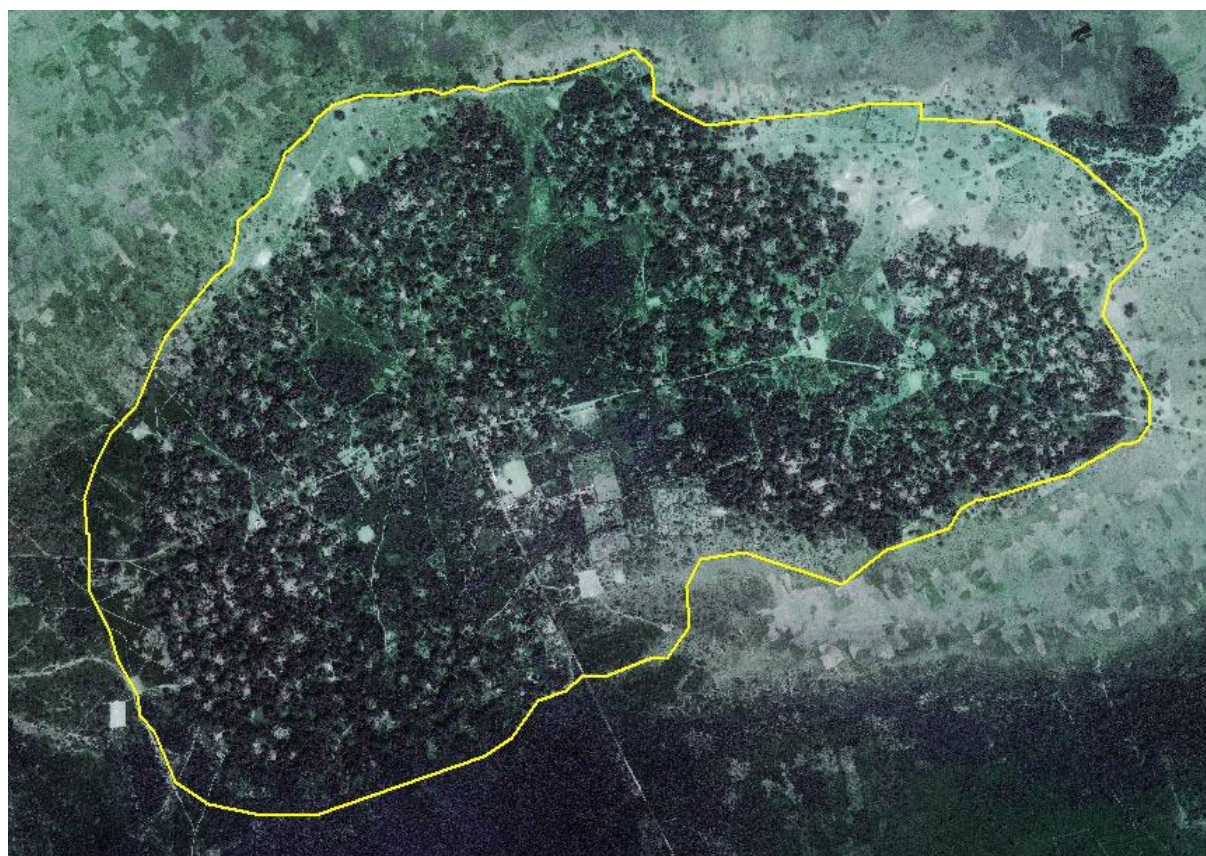
⁸ Dans la thèse, nous distinguons par l'orthographe *M'Lomp* et Mlomp : *M'Lomp* est l'un des deux villages de l'observatoire de Mlomp.

⁹ *M'Lomp*, *Kajinool* ainsi que *Jiromait*, un troisième village plus éloigné et qui n'est pas inclus dans l'observatoire.

¹⁰ Pour plus de détails sur l'organisation traditionnelle de la société Diola de Basse Casamance, voir Thomas, 1994.

Carte 2.2.

Photo satellite de la zone habitée de Mlomp prise en mars 2002
et délimitation de la zone par quartiers et sous-quartiers (Merlot, 2004)



1.2. L'infrastructure

Les habitations de Mlomp ne sont pas équipées en électricité et les habitants ne disposent pas du téléphone. L'eau potable vient des puits qui sont généralement collectifs, utilisés par plusieurs *hanks*.

- *Infrastructure domestique*

Traditionnellement, les habitations qui constituent le *hank* étaient mitoyennes autour d'une cour commune où le troupeau était rassemblé le soir¹¹. Mais depuis quelques décennies, les nouvelles maisons sont construites de manière séparée et indépendante des autres (Pison *et al.*, 2001a). La plupart des maisons ont des murs en pisé, à base de terre argileuse. Leurs toits sont traditionnellement en paille mais la tôle ondulée remplace à présent souvent la paille et, en février 2004, au moins 65 % des ménages vivaient sous un toit en tôle ondulée¹². Toutes ont des greniers permettant de stocker le riz et sont équipées d'un foyer pour faire la cuisine. En 1990, 34 % des maisons étaient couvertes d'un toit en tôle ondulée et 26 % possédaient des latrines (Pison *et al.*, 1990). En 2002, la moitié des ménages ont déclaré disposer de latrines¹³.

- *Infrastructure scolaire*

Avec trois écoles primaires – dont la première a ouvert en 1949 – et un collège, l'infrastructure scolaire est relativement importante pour une zone rurale sénégalaise et les taux féminins de scolarisation¹⁴ sont meilleurs que ceux estimés au niveau national, excepté pour les femmes les plus âgées : en 2000, 55 % des femmes de 15 à 49 ans ont fréquenté l'école pendant au moins une année alors que c'est le cas de seulement 14 % des femmes sénégalaises en milieu rural (tableau 2.2) ; la proportion de femmes de Mlomp ayant été au moins une année à l'école atteint même 79 % parmi celles âgées de 15 à 19 ans alors qu'elle est estimée à 23 % en milieu rural sénégalais (ESIS). Malgré cela, le niveau scolaire des femmes reste faible, même parmi les 15-19 ans où seulement 33 % d'entre elles ont dépassé le niveau élémentaire.

¹¹ Pour plus de détails sur l'habitat diola et plus spécifiquement *Essoulalou*, voir Dujarric, 1994.

¹² 64,2 % des ménages vivent dans une maison avec un toit en tôle ondulée, 0,5 % dans une maison avec un toit dont une partie est en tôle et l'autre en paille, 29,1 % dans une maison dont le toit est en paille et 6,2 % pour lesquels l'information est manquante.

¹³ Cette proportion se base sur la déclaration des individus, elle devrait faire l'objet d'une vérification cartographique (en cours d'élaboration).

¹⁴ Le calcul des taux de scolarisation parmi la population féminine provient d'une enquête et nous ne disposons pas des mêmes données pour les hommes.

Tableau 2.2.

Proportions de femmes ayant fréquenté l'école, par groupe d'âges

Groupe d'âges	Mlomp ^(a) (enquête 2000)	Milieu rural sénégalais ^(b) (ESIS 1999)	Sénégal ^(b) (ESIS 1999)
15 - 49 ans	55 %	14 %	35 %
15 - 19 ans	79 %	23 %	47 %
45 - 49 ans	10 %	6 %	20 %

Sources : ^(a) Diouf, 2001 ; ^(b) base de données ESIS 1999 (nos calculs).

Cet important dispositif scolaire n'est pas seulement destiné aux enfants vivant dans les villages alentours. En fait, dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, des enfants peuvent être placés par leurs parents chez un tuteur. Scolariser son enfant en milieu rural représente un moindre coût qu'en milieu urbain (Messan, 2002). Dans la population de la zone d'étude, on retrouvera ainsi beaucoup d'enfants qui « tutent » : n'étant pas nés au village, ils vivent chez un parent de la famille durant la période scolaire¹⁵.

- *Infrastructure sanitaire*

À Mlomp, l'infrastructure sanitaire est relativement privilégiée pour une zone rurale d'Afrique subsaharienne¹⁶. En 1961, un dispensaire privé a été créé par des infirmières religieuses catholiques françaises. Ce dispensaire appartient à l'évêché de Ziguinchor et dépend sur le plan de l'organisation sanitaire du médecin-chef du département d'Oussouye. En outre, depuis 1968, les femmes enceintes peuvent accoucher à la maternité villageoise gérée par le dispensaire où une matrone est constamment sur les lieux. La quasi-totalité des femmes de Mlomp y accouchent (Pison *et al.*, 1990). L'hôpital¹⁷ le plus proche où on peut consulter un médecin est celui d'Oussouye¹⁸. Pour des consultations plus spécifiques ou des opérations chirurgicales, il faut se rendre à l'hôpital de Ziguinchor.

¹⁵ Il existe une distinction entre le fait de « tuter » et celui d'être confié qui signifie être pris en charge intégralement par un proche ou un parent de la famille et qui relève plus d'une forme d'adoption.

¹⁶ Nous reviendrons dans le chapitre 4 sur l'infrastructure sanitaire de Mlomp, qui joue un rôle essentiel dans l'évolution de la mortalité observée à Mlomp.

¹⁷ Administrativement appelé « centre de santé » (cf. chapitre 4).

¹⁸ Une faible distance kilométrique n'est pas forcément un indicateur de proximité à cause du mauvais état de la route. En effet, la plupart des habitants n'ont aucun moyen de transport personnel (voiture, mobylette ou vélo) et sont tributaires des transports en commun, parfois peu fréquents.

1.3. *Activités à Mlomp et migrations saisonnières*

- *Culture vivrière et niveau de vie*

La culture du riz représente la principale culture vivrière de la population. Le calendrier agricole est différent selon les tâches à effectuer qui sont déterminées par le sexe et l'âge. Les Diolas de Basse Casamance pratiquent la technique de la rizière inondée. De juillet à septembre, les hommes s'occupent du labour, de l'entretien des digues et des canaux entourant les rizières ; les femmes et les enfants repiquent le riz d'août à octobre, puis le récoltent de novembre à février. Les travaux agricoles occupent les hommes pour trois mois, tandis qu'ils s'étendent sur sept mois de l'année pour les femmes (schéma 2.1). La production dépend des années mais elle couvre à peu près les besoins alimentaires de la population. En revanche, les habitants ne disposent pas de culture rentière¹⁹, si ce n'est la vente de produits maraîchers par les femmes qui disposent de « jardins » collectifs dans lesquels elles cultivent des légumes. Elles peuvent aussi faire de la couture ou d'autres travaux du même ordre. En saison sèche, les habitants construisent ou entretiennent leur maison, coupent la paille pour leur toiture et ramassent du bois pour la cuisine (Pison *et al.*, 2001a). Les habitants ont peu de possibilité de gagner de l'argent en restant au village.

- *Importance des migrations saisonnières*

Pour gagner de l'argent, la plupart des habitants du village migrent pendant la saison sèche, au moment où il n'y a plus d'activité rizicole (schéma 2.1). Généralement, les hommes partent pour récolter du vin de palme en Casamance ou dans la banlieue de Dakar, où l'activité est plus rentable. Les récolteurs partent ainsi souvent plus de 6 mois chaque année. À Mlomp, la pratique de la pêche est aussi très courante et beaucoup d'hommes vont résider en saison sèche dans les nombreux villages de pêcheurs de la région. Les plus jeunes travaillent en tant qu'apprentis ou étudient en ville. Les femmes vont travailler en zone urbaine, généralement à Dakar ou à Banjul, la capitale de la Gambie, avant de se marier. Le plus souvent, elles sont employées comme domestiques. Ce travail s'est répandu au sein de la population féminine, probablement sous l'influence des missions chrétiennes qui ont fourni les premières ce type d'emploi au niveau local (Pison *et al.*, 2001b). Elles partent pendant la saison sèche et reviennent au moment du repiquage du riz mais il n'est pas rare qu'elles s'absentent plus longtemps. Excepté pour celles qui suivent leur mari, les femmes mariées ne

¹⁹ La culture rentière est destinée à la vente pour acquérir un bien monétaire par opposition à la culture vivrière destinée à l'autoconsommation.

À titre indicatif, les prix de quelques produits de base s'élevaient en 2003 à 750 F CFA le litre d'huile, 200 F CFA le kilo de riz thaï²¹, 300 F CFA le litre de pétrole²². La tôle ondulée pour recouvrir les toits est chère, à 2 000 F CFA la feuille, un coût très élevé pour les habitants.

Dans l'ensemble, l'hivernage est une période difficile financièrement car non seulement la plupart des habitants n'ont plus de salaire, mais le prix des légumes et du poisson augmente.

* *
 *
 *

Mlomp est une zone d'étude qui regroupe une communauté rurale dont les habitants sont pour la plupart diolans animistes ou chrétiens. Du fait des conditions climatiques, leur culture vivrière principale est le riz. Mais la production ne suffit pas à subvenir à leurs besoins, puisque qu'elle permet juste à la population de s'alimenter. Pour gagner de l'argent, les hommes et les femmes ont mis en place des stratégies qui passent par les migrations saisonnières. Ces caractéristiques sont importantes puisque d'elles découlent les critères définis pour le suivi des individus au sein de l'observatoire de population : faut-il exclure un individu dès lors qu'il quitte physiquement le village pendant une période d'une durée inférieure à une saison sèche alors qu'il revient à l'hivernage ? La partie suivante a pour objet de présenter du point de vue méthodologique l'observatoire de population de Mlomp.

²¹ Mais le plus souvent les gens mangent le riz qu'ils ont cultivé. On peut penser que la consommation individuelle est de 250 g par repas soit, 750 g par jour et par personne.

²² Pour l'éclairage.

2. Présentation de l'observatoire

L'observatoire de population a été mis en place en 1985 par l'Institut national d'études démographiques sous la responsabilité de Gilles Pison²³. Le principal objectif de cet observatoire était de mesurer les niveaux et les tendances de la mortalité et de la fécondité dans une population rurale d'Afrique subsaharienne. Au moment de l'élaboration de ce projet, deux observatoires de population, Niakhar (Garenne et Cantrelle, 1997 ; Delaunay, 1998 ; Chippaux, 2001 et 2005) et Bandafassi (Pison *et al.*, 1997a ; Guyavarch, 2003), assuraient déjà un suivi démographique dans le Centre-Ouest et au Sud-Est du Sénégal (carte 2.1). Mlomp avait l'intérêt de couvrir une population différente du point de vue de sa localisation géographique, de son climat, de ses caractéristiques ethniques et religieuses et de ses ressources, contribuant ainsi à « couvrir la diversité démographique et épidémiologique du pays » (Pison *et al.*, 2001a).

2.1. Recensement initial, enquête à passages répétés et enquêtes complémentaires

- *Recensement initial et enquête biographique*

Après une enquête pilote menée en mars 1984, la population de la zone d'étude a été recensée entre fin 1984 et début 1985²⁴. Un plan des villages avait été réalisé en 1981 par une équipe de l'École d'architecture et d'urbanisme de Dakar²⁵, il a été réactualisé pour prendre en compte les modifications intervenues entre 1981 et 1984 et a été très utile pour procéder au recensement. Celui-ci a permis d'établir la liste des membres de chaque ménage, retenu comme l'unité d'habitation et domestique. Pour identifier les individus, différentes informations ont été collectées : le sexe, l'âge, les prénoms, le patronyme, la filiation, la situation matrimoniale et l'identité du conjoint. Le questionnaire (annexe 2.3) a permis de recueillir également l'histoire matrimoniale et génésique des femmes âgées de plus de 15 ans au moment de l'enquête. Pour chaque grossesse déclarée étaient relevés son aboutissement (fausse-couche, enfant mort-né ou enfant né vivant), la date et les conditions de l'accouchement et en cas de naissance vivante, le devenir de l'enfant (si encore vivant et si non, âge au décès). Une histoire des unions a également été recueillie auprès des hommes.

²³ Les membres de l'équipe de recherche sont présentés en annexe 2.2.

²⁴ Le recensement initial ainsi que l'enquête biographique ont été réalisés sous la direction de Gilles Pison (annexe 2.2).

²⁵ Projet dirigé par Patrick Dujarric.

- *Enquêtes démographiques annuelles*

Depuis le recensement, cette liste de population a été remise à jour chaque année par enquête à passages répétés, généralement aux mois de février-mars en saison sèche²⁶. Les individus sont regroupés par ménage et chaque ménage est visité au moment de l'enquête (annexe 2.4). Pour chaque individu du ménage sont demandées des informations sur sa présence ou son absence depuis l'enquête précédente, permettant ainsi de relever les migrations et les décès, et selon son sexe et son âge, des informations sur un éventuel changement de statut matrimonial ou une grossesse (en cours ou aboutie) (annexe 2.5). Différents événements font l'objet d'une fiche séparée afin d'obtenir des informations supplémentaires : une fiche pour une modification survenue au niveau du ménage (changement de maison, de chef de ménage...) (annexe 2.6) et pour les événements suivants : décès, accouchement, mariage ou divorce (annexes 2.7, 2.8 et 2.9). À chaque passage, on enregistre les nouveaux membres du ménage, c'est-à-dire les individus qui étaient présents dans le ménage au moment de l'hivernage, ou qui le sont au moment de l'enquête en saison sèche. Ces nouveaux membres font également l'objet de deux fiches : la première pour les identifier, dater leur arrivée au village et connaître la raison de leur présence, la seconde pour recueillir, s'il y en a une, l'histoire de leurs unions et de leurs enfants (annexes 2.10 et 2.11).

- *L'exploitation des registres des infrastructures sanitaires*

Chaque passage est aussi l'occasion de collecter des informations auprès des infrastructures sanitaires. En effet, le dispensaire et la maternité enregistrent de façon indépendante et continue les naissances et les décès constatés tout au long de l'année. Outre la date de l'événement, l'infirmière qui travaille au dispensaire et qui gère également la maternité, note des informations utiles pour l'observation de la population²⁷. Le déroulement de l'accouchement ainsi que des renseignements sur l'état de santé de l'enfant à sa naissance sont notés dans le registre des accouchements de la maternité. Y sont donc répertoriés les mort-nés, les décès de nouveau-nés ayant eu lieu à la maternité et éventuellement les femmes décédées des suites de leur accouchement. À la demande du projet, l'infirmière du dispensaire tient aussi un registre des décès où elle mentionne la date, l'identité du défunt et précise la

²⁶ Depuis 1985, plusieurs personnes ont été responsables de la supervision du terrain : Gilles Pison (1984-1985), Monique Lefebvre (1986-1989), Emmanuel Lagarde (1995), Catherine Enel (1990-2003) et Emmanuelle Guyavarch (2004-2006). Depuis 2002, le suivi démographique est pris en charge par le service des enquêtes de l'Ined (annexe 2.2).

²⁷ Les infirmières qui ont été successivement en charge du dispensaire ont offert leur collaboration à l'équipe de l'observatoire, notamment Mmes Rousset (Sœur Jeanne-Marie) et Delenne (Sœur Marie-Joëlle). Cette collaboration est possible grâce à l'accord du médecin-chef du département, actuellement le Dr Mamadou Cissé.

cause du décès quand elle la connaît ou la suspecte à partir du suivi médical s'il y en a eu un. L'infirmière tient également d'autres registres tels que celui des pesées et vaccinations des enfants qui viennent aux séances organisées par le dispensaire, celui des consultations au dispensaire et celui des consultations prénatales organisées à la maternité pour les femmes enceintes. Bien que n'étant pas exhaustifs, notamment pour les événements survenus en migration saisonnière, ces registres (tableau 2.3) permettent de compléter et de vérifier la cohérence des déclarations faites lors du passage dans les ménages.

Tableau 2.3.
Registres tenus par l'infirmière de Mlomp

Dispensaire	Maternité villageoise
Consultations	Consultations prénatales
Décès	Accouchements
Vaccinations des enfants	
Pesée des enfants	

- *Optimisation de la qualité des données sur le terrain*

La supervision du terrain avec contrôle et vérification des cahiers des ménages ainsi que des fiche-événements correspondantes est systématique. L'existence de registres en parallèle permet de confirmer, compléter ou corriger les déclarations des répondants, notamment concernant les accouchements et les décès. Les informations recueillies sont saisies sur place et des tests de cohérence sont réalisés au fur et à mesure et à la fin de la saisie²⁸, ce qui permet de corriger les erreurs détectées. Par la suite, les documents de collecte sont archivés et il est donc possible de corriger la base de données en dehors du terrain, notamment après la mise à jour annuelle de celle-ci.

- *Autopsies verbales des décès recensés*

Lorsqu'un décès d'un individu est enregistré (à partir du moment où il est né vivant), une enquête d'autopsie verbale est menée auprès des proches de la personne défunte. En pratique, l'autopsie verbale est effectuée par l'enquêteur qui en a la responsabilité au moment de l'enquête annuelle, mais il arrive qu'il en réalise durant l'année au moment où il est avisé

²⁸ Sur le plan de saisie, les numéros d'identification des nouvelles identités sont bornés, les codifications des réponses sont listées, des filtres sont mis sur certaines variables. À la fin de la saisie, lors de l'enquête 2005, près d'une quarantaine de tests de cohérence ont été effectués : symétrie des déménagements, correspondance entre l'information collectée dans les cahiers et les fiches événements, sexe et âge des parents, changement du chef du ménage si décès de l'ancien chef... (Raphaël Laurent, communication personnelle).

lui-même du décès d'un habitant du village. Les Diola animistes ont certains tabous, notamment autour de la grossesse et de l'accouchement, qui est un domaine strictement réservé aux femmes. Aussi, les autopsies verbales concernant les décès de femmes enceintes, de femmes en âge de procréer ou d'enfants en bas âge sont réalisées par une femme. L'enquêteur ou l'enquêtrice en charge de cette tâche veille à trouver le(la) répondant(e) le(la) mieux renseigné(e) pour y répondre. Dans le cas d'un enfant, les mères sont généralement celles qui sauront le mieux répondre aux questions qui peuvent être très précises et intimes. Le modèle du questionnaire de Mlomp a été élaboré à partir de celui adopté à Niakhar (Garenne et Fontaine, 1988). En quatre parties, le questionnaire permet de recueillir (annexe 2.12) :

- l'identification de l'individu et du répondant, la cause déclarée du décès, le lieu et si la personne a été emmenée dans une infrastructure sanitaire,
- l'histoire de la maladie et des symptômes (question ouverte),
- les différents symptômes qui ont pu survenir avant le décès (questions fermées),
- des informations spécifiques en cas de décès d'une femme en âge de procréer ou d'un enfant de moins de 4 semaines.

Ces autopsies verbales sont ensuite lues par un médecin²⁹ qui tient aussi compte des informations figurant dans les différents registres tenus par le dispensaire et la maternité afin d'y apposer, à partir des informations recueillies, un diagnostic. Si la personne qui est décédée a été vue dans les institutions sanitaires de la zone et que son suivi médical apparaît dans un de ces registres, ces derniers constituent alors le support privilégié du médecin qui diagnostique. De nature médicale, ces informations sont en effet une source de données fiable³⁰.

- *Les enquêtes complémentaires*

Depuis la mise en place de l'observatoire de population, différentes enquêtes ont été menées de type anthropologique, sociologique, démographique, épidémiologique ou médical.

- Les « promotions de mariage » ont été identifiées en 1984-1985 : traditionnellement, les futurs mariés d'une même année vivent ensemble différentes étapes et constituent par la suite un groupe d'entraide et de camaraderie. Les personnes mariées au moins une fois au moment de leur recensement ont énuméré tous les promotionnaires de leur premier mariage, ce qui a permis d'améliorer la qualité des informations recueillies sur les mariages.

²⁹ Jean-François Trape de 1985 à 2003 ; F. Kabou et A. Mbengue Gaye depuis 2004.

³⁰ Nous reviendrons plus longuement sur la méthodologie du diagnostic dans le chapitre 9.

- Les conditions d'accouchement ont fait l'objet d'une étude qualitative auprès de femmes âgées de la population : elle a permis de montrer l'existence de maternités traditionnelles, les *kalamba*, et de comprendre pourquoi les femmes n'ont pas eu de réticences à se rendre à la maternité de Mlomp une fois que celle-ci s'est ouverte en 1968 (Enel *et al.*, 1993).

- L'évolution des conditions sanitaires a pu être reconstituée grâce aux informations recueillies auprès des infirmières qui se sont succédé au dispensaire depuis la fin des années 1960 (Enel, 2000 ; 2002).

- L'allaitement, la nutrition et la croissance des enfants ont été étudiés grâce à l'exploitation des registres de pesée du dispensaire de 1969 à 1992 ainsi que par une enquête menée en 2000 sur l'allaitement, le sevrage et l'alimentation des enfants de moins de 30 mois (Pison *et al.*, 2001a ; Pinchinat *et al.*, 2004).

- Les informations sur la vaccination des enfants venant aux séances organisées par le dispensaire ont été mises à jour et complétées en 2004³¹.

- La mortalité maternelle a été estimée et comparée sur les trois sites de Mlomp, Bandafassi et Niakhar (Pison *et al.*, 2000).

- Les migrations saisonnières et leurs implications sur la nuptialité ont également fait l'objet d'une étude associant données de l'observatoire et approche qualitative (Enel *et al.*, 1994).

- La fécondité et la contraception ont été les thèmes d'une enquête par questionnaire menée en 2000 (Gamou, 2001).

- La sexualité, les infections sexuellement transmissibles et le sida ont été étudiés dans le cadre d'un travail réalisé entre 1990 et 1994 dont l'objectif était de mesurer la prévalence du VIH/sida et les facteurs de risque de transmission (Lagarde, 1995).

- Le paludisme est le sujet de nombreuses recherches médicales et anthropologiques : du fait du climat, Mlomp est une zone où le paludisme à *Plasmodium falciparum* sévit sur le mode endémique, à recrudescence saisonnière longue (cf. chapitre 4 : encadré 4.1). Mlomp est un terrain d'étude du paludisme intéressant à trois points de vue : son faciès épidémiologique*, son infrastructure sanitaire locale et le suivi démographique dont la population fait l'objet. Différents programmes de recherche sur le paludisme sont menés depuis la fin des années 1980, notamment sur la résistance du parasite au traitement par la chloroquine et sur l'efficacité d'un nouveau traitement (Trape *et al.*, 1998 ; Adjuik *et al.*,

³¹ Données que j'ai recueillies en février 2004.

2002). En 2003, des entretiens ont été menés au village sur la connaissance et la perception de la maladie et sur les comportements de prévention et de recours aux soins³².

- *La cartographie*

Dans l'objectif de mettre en place un système d'information géographique (SIG), le Service des enquêtes de l'Ined a fait l'acquisition d'une photo prise par satellite en mars 2002 qui couvre la zone d'étude et ses alentours. Le bâti de Mlomp a été cartographié en 2002, ainsi que les délimitations des hanks, des sous-quartiers et des quartiers. Les infrastructures, les puits et les routes sont également géoréférencés. Depuis, les informations sont mises à jour annuellement. Tous les individus membres de la population de droit* étant rattachés à un ménage du village, des analyses spatiales peuvent donc être réalisées³³.

2.2. *La datation des événements*

- *Événements antérieurs au recensement*

Pour déterminer l'âge des personnes recensées en 1984-1985, toutes les sources ont été utilisées pour assurer la meilleure fiabilité des informations. Tous les registres disponibles ont été exploités (dispensaire, maternité, paroisse, administration...). Les dates de naissance des enfants des femmes recensées ont été recopiées à partir de documents disponibles ou basées sur la déclaration en cas d'absence de toute pièce justificative. Du fait du manque de fiabilité des informations, certaines dates ont été corrigées grâce aux informations provenant des différents registres (Pison *et al.*, 2001a).

- *Événements survenus lors du suivi démographique*

Depuis 1985, tous les événements qui surviennent au sein de la population sont recensés annuellement. Les informations sont précises puisqu'elles ne portent pas sur une durée rétrospective très grande. Il est donc relativement facile pour le répondant de situer l'événement au mois près : l'année est en effet ponctuée par les saisons, différents événements coutumiers, le calendrier agricole, etc. Par exemple, le *kamaangen* est une fête qui marque la fin de la récolte du riz³⁴. En outre, les retours et départs de migration se font souvent aux mêmes périodes (schéma 2.1). Il en est de même pour la date d'entrée en union des jeunes

³² Enquête qualitative réalisée en septembre 2003 auprès de 28 femmes et de 10 hommes de Mlomp, ainsi que d'un guérisseur (grilles d'entretiens présentées en annexes 2.13 et 2.14).

³³ Les ménages disparus en 2004 n'ont néanmoins pas pu être localisés précisément, mais ils peuvent être rattachés à la concession familiale ainsi qu'au sous-quartier auxquels ils appartenaient.

³⁴ Généralement au mois de février, le jour étant déterminé selon le cycle lunaire.

mariés qui correspond généralement à l'entrée en cohabitation vers la mi-août (Enel, 1994). Pour les naissances, la quasi-totalité des accouchements se faisant à la maternité, les dates sont précisées sur les registres. Enfin, pour les décès, les registres du dispensaire et de la maternité fournissent des dates précises s'ils sont survenus là-bas. Mais ces registres ne sont pas exhaustifs. Un habitant du village note également les décès qu'il apprend sur un agenda. Les dates sont plus incertaines mais il a connaissance d'autres décès, notamment ceux d'émigrés ou de personnes n'ayant pas consulté au dispensaire. La date du décès peut donc être une information qui se base uniquement sur la déclaration du répondant. Toutefois, l'autopsie verbale permet d'obtenir cette information par la personne la mieux renseignée que peut trouver l'enquêteur(trice). À cette occasion, la date déclarée du décès peut aussi être confirmée ou corrigée par rapport à celle déclarée au moment du passage dans le ménage concerné. Au cas où la date précise n'a pu être définie, la date théorique sera fixée au 15 du mois si celui-ci est renseigné et au 15 juillet de l'année écoulée sinon.

Les informations recueillies sur les nouveaux membres qui entrent dans la population sont elles aussi basées sur la simple déclaration du répondant, notamment l'histoire des unions et des enfants pour les adultes. Sauf pour des études spécifiques, ces événements ne sont pas pris en compte dans les statistiques concernant les habitants de Mlomp, qui reposent sur les événements survenus au moment où les individus font partie de la population de droit.

2.3. La population de droit

- *Entrée en observation*

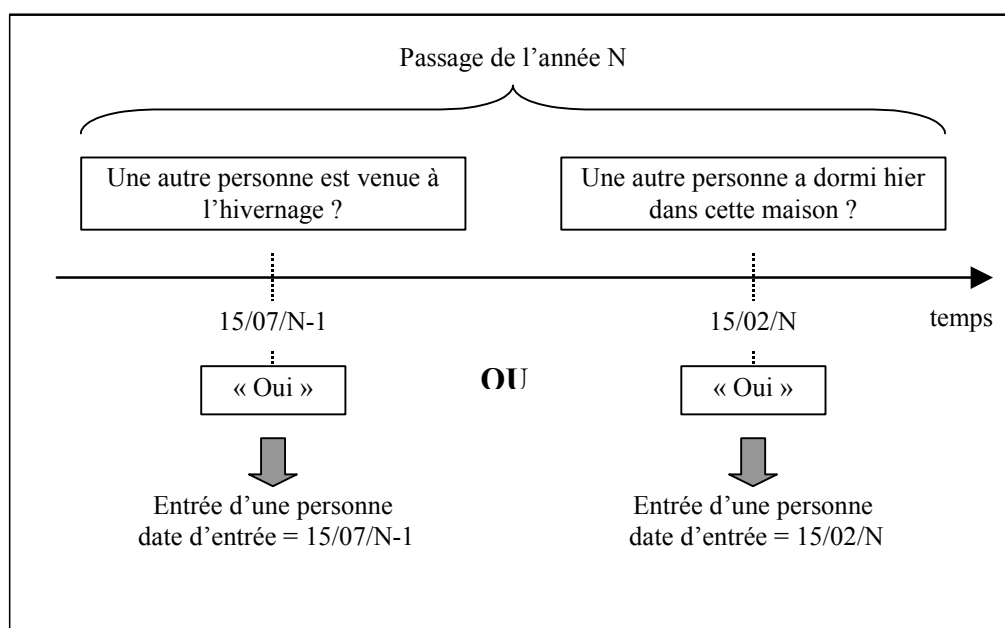
Les individus suivis par l'observatoire de population de Mlomp sont les habitants de la zone d'étude. Cependant, nous sommes en situation de population ouverte avec des immigrations et des émigrations. Trois critères permettent de déterminer quelles sont les personnes qui entrent en observation :

- Être présent au moment du recensement initial (date d'entrée = 01/01/1985).
- Être un enfant (naissance vivante) d'une femme qui fait elle-même partie de la population (date d'entrée = date de naissance).
- Avoir immigré, ce qui signifie que sa présence a été constatée soit au moment du passage dans les ménages en saison sèche, soit à l'hivernage précédant l'enquête³⁵ (date d'entrée = date d'arrivée au village) (annexe 2.5 ; schéma 2.2).

³⁵ Depuis 2004, le nouveau membre doit avoir passé durant l'hivernage au moins 1 mois dans le ménage.

Schéma 2.2.

Critères d'entrée en observation par immigration d'un individu



Source : Pison *et al.*, 2001a.

- *Sortie d'observation*

Inversement, les sorties d'observation sont constatées à la suite de deux événements :

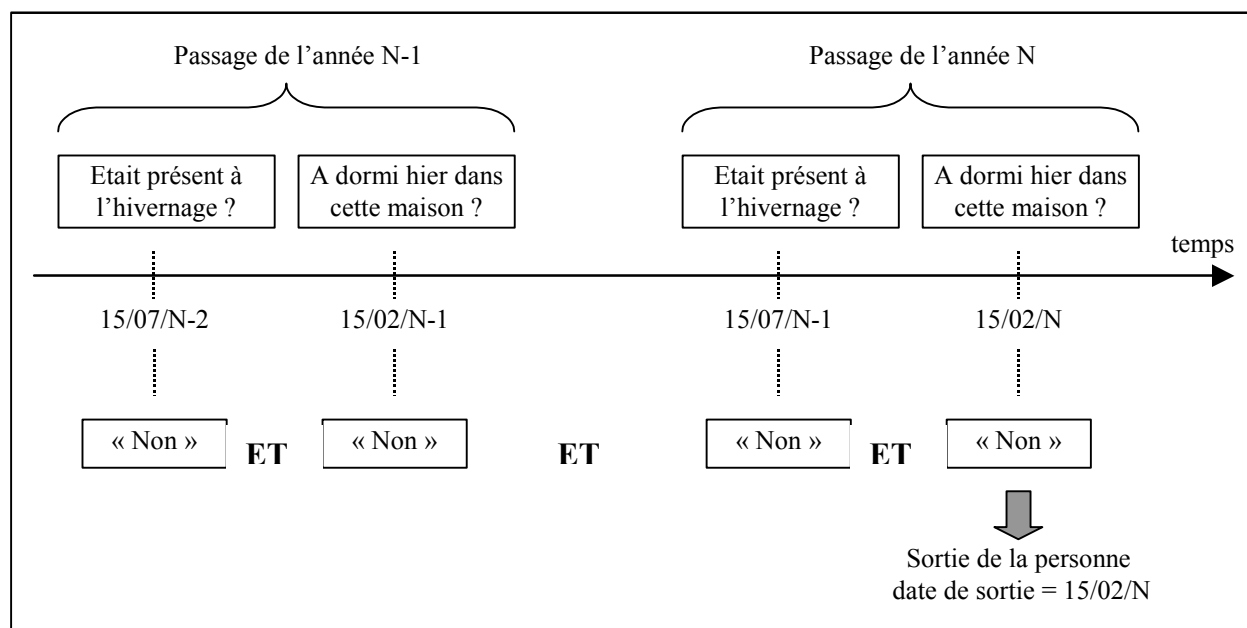
- Le décès d'une personne qui fait partie de la population (date de sortie = date du décès).

- L'émigration constatée d'un individu observé. Étant donné l'importance des migrations saisonnières, l'émigration correspond à une absence de la zone prolongée sur deux ans, c'est-à-dire une absence au moment du passage et à l'hivernage passé durant deux années consécutives. La date de sortie sera alors la date du dernier passage puisque durant ces deux années, l'individu a été suivi³⁶ (schéma 2.3).

³⁶ Pour la fiabilité des réponses, cela ne pose pas de problème parce que même si l'individu est absent physiquement, les autres membres du ménage qui sont généralement des parents proches sont parfaitement au courant de ce qui lui arrive. Cela peut quand même poser problème quand il s'agit de visiteurs qui ne sont pas proches et que l'on ne distingue pas. Depuis 2003, les personnes sont incluses seulement si elles ont passé au moins un mois à Mlomp durant l'hivernage et il est envisagé de créer un statut de visiteur.

Schéma 2.3.

Critère de sortie d'observation par émigration d'un individu



Source : Pison *et al.*, 2001a.

2.4. Le calcul des indicateurs démographiques

- *Événements et population considérés*

Pour calculer les indicateurs démographiques de la population de l'observatoire, sont pris en compte dans l'analyse tous les événements qui surviennent pour un individu faisant partie de la population, au moment de l'observation. La population à laquelle se rapportent les événements est la population de droit qui est composée de tous les individus suivis, de leur date d'entrée à leur date de sortie, qu'ils soient présents ou en migration saisonnière (un exemple est présenté en annexe 2.15).

- *Support informatique utilisé*

Les données sont enregistrées dans des tables mises à jour annuellement, cumulant les dernières informations à celles collectées depuis le recensement initial. Celles-ci sont gérées et stockées sur une base de données³⁷ sous Unix (serveur Postgres SQL), puis transférées sous ACCESS, logiciel de gestion de base de données relationnelles (SGBDR). La cartographie de la zone de Mlomp et les analyses spatiales sont réalisées sous Mapinfo et Philcarto³⁸. Les

³⁷ Pour une présentation détaillée du type de base de données, la méthodologie de reconstitution des histoires individuelles à partir de données de suivi démographique avec le langage SQL, voir Bringé et Laurent, 2005.

³⁸ Les cartes analytiques présentées dans ce travail ont été réalisées par Frédéric Arcens.

analyses sur les données ont été principalement effectuées avec deux logiciels de statistiques, SAS et STATA, ce dernier permettant de constituer des modèles de durée avec des données tronquées, c'est-à-dire censurées en début et/ou en fin d'observation (entrée par immigration et/ou sortie par émigration), et interrompues (n^{ième} passage dans la population).

* *
*
*

La description du protocole d'enquête est essentielle pour comprendre quelle est la population que l'on entend par « résidente » ou « de droit ». En effet, la forte mobilité des individus ne permet pas de restreindre la population aux personnes qui sont physiquement présentes au village durant toute l'année puisque la plupart des habitants de Mlomp sont en migration de travail durant la saison sèche ou sur une période un peu plus longue. Mais ces absences ne posent pas problème pour le recueil d'informations qui sont relativement bien diffusées au sein des membres d'un même ménage ou d'un même *hank*.

3. Conclusion

Mlomp présente une population plutôt atypique par rapport au reste du Sénégal, du point de vue de sa situation géographique et politique – enclavée au Sud de la Gambie et prise dans un conflit qui ne se résout pas. Son climat subtropical implique encore d'autres caractéristiques particulières : une économie basée sur la riziculture ; et du point de vue médical, une zone fortement endémique par rapport au paludisme. Son profil ethnique et religieux se distingue aussi du reste du pays par le fait que les habitants sont principalement diolas, catholiques ou animistes. En termes d'infrastructures scolaires et sanitaires, les habitants disposent d'écoles et de collèges, d'un dispensaire et d'une maternité villageoise. En revanche, ils ne sont pas pourvus d'eau courante et d'électricité.

L'observatoire de population a été mis en place en 1985 et suit depuis cette date les individus annuellement. Des données sont collectées sur la natalité, la mortalité, la nuptialité et les migrations. Le suivi est enrichi par des informations sanitaires et médicales qui permettent de fiabiliser les diagnostics des décès établis avec les autopsies verbales réalisées systématiquement. Des études de type anthropologique, sociologique, épidémiologique, etc. sont ponctuellement mises en place, parallèlement au suivi démographique qui permet une bonne datation des événements dans un contexte où l'état civil est défaillant. Cet observatoire de population fournit donc des données privilégiées pour pouvoir étudier l'évolution démographique et notamment celle de la mortalité en milieu rural sénégalais.

La définition de la population de droit intègre dans l'observation les migrants saisonniers puisque les individus sont exclus seulement après constat d'une absence prolongée durant deux passages successifs. Connaître la méthodologie de l'enquête, la nature et la source des informations recueillies ainsi que la définition de la population étudiée nous permet à présent de pouvoir étudier en détail la population et sa dynamique.

CHAPITRE 3. LA POPULATION DE MLOMP ET SON ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE AU COURS DU 20^e SIÈCLE

Le protocole d'enquête appliqué depuis 1985 pour le suivi démographique et sanitaire permet d'appréhender la taille de la population suivie, son accroissement, les individus qui la composent par sexe, âge, présence ou absence, et statut dans le ménage. Pour mieux comprendre les facteurs qui déterminent cette structure, ce chapitre propose une perspective historique des principales évolutions démographiques au cours du 20^e siècle. Il fait en grande partie référence aux différents travaux déjà effectués sur la migration, la nuptialité et la fécondité à Mlomp. Les migrations se sont développées au cours du siècle chez les hommes et chez les femmes mais de manière différente selon le sexe. Les normes sociales combinées à ces expériences migratoires nous permettront de comprendre pourquoi la nuptialité est très tardive à Mlomp alors qu'elle survient généralement tôt en milieu rural d'Afrique subsaharienne. Tous ces facteurs sont déterminants d'une fécondité qui est plutôt basse pour une zone rurale sénégalaise. La dernière partie de ce chapitre est consacrée à une première analyse de la mortalité à Mlomp. Elle met en évidence l'arrêt de la baisse de la mortalité avant 5 ans à la fin des années 1980 après les progrès constatés depuis 1960. Ce constat constitue l'amorce de notre étude sur la mortalité et son évolution depuis le début de l'observation démographique et sanitaire. Pour cela, il faut être vigilant sur les possibles biais qui ont pu jouer sur la variation des niveaux de mortalité d'une période à l'autre.

1. Structure de la population de Mlomp

1.1. *Accroissement de la population*

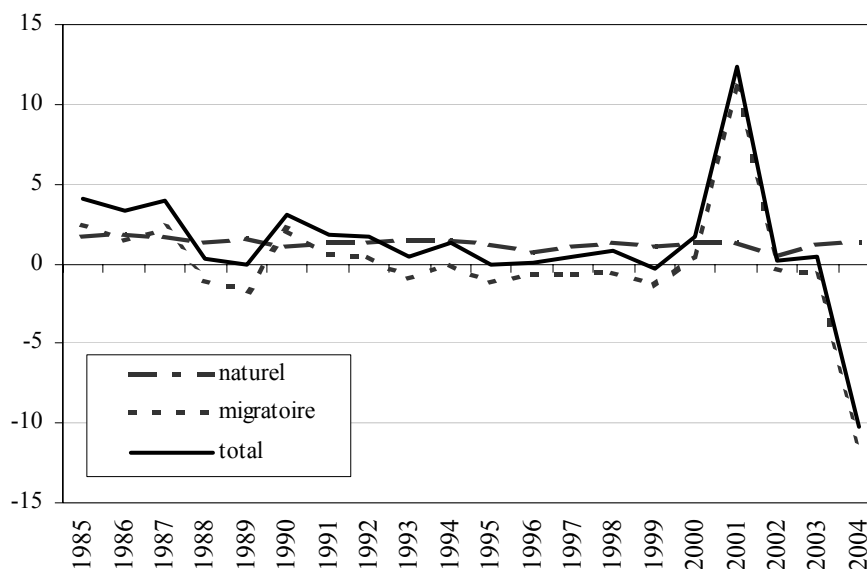
À Mlomp, la population s'élève à 8 008 personnes au 1^{er} janvier 2005¹. Au 1^{er} janvier 1985, date du début de l'observation, la population comptait 6 203 personnes. La population a donc crû de près de 30 % en 20 ans mais avec un taux d'accroissement annuel assez fluctuant (figure 3.1). Le taux d'accroissement total est fortement dépendant du taux d'accroissement migratoire, celui-ci variant beaucoup selon les années. Entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} janvier 2002, le taux migratoire a atteint 11,1 %, ce qui est exceptionnel, et la population est passée de 7 788 à 8 819 personnes. En effet, lors de l'hivernage 2001, deux quartiers de Mlomp ont organisé une cérémonie de circoncision-initiation et à cette occasion, tous les parents et amis de la famille ont séjourné au village quelques jours à plusieurs semaines. Ces visiteurs ont donc été inclus dans la population tel que le protocole le définissait à ce moment-là². Ces personnes, si elles ne reviennent pas durant les 2 années suivantes, sortent de l'observation lors de l'enquête de février 2004, et 1 290 personnes ont d'ailleurs été exclues en 2004. Le taux d'accroissement naturel oscille généralement entre 1 et 2 %. En 2002, il est très faible avec 0,4 % à la suite du naufrage du bateau le « Joola » en septembre 2002 qui assurait la liaison entre la Casamance et Dakar. Cette catastrophe a entraîné un important surcroît de décès cette année-là sur lequel nous reviendrons plus tard (annexe 3.1).

¹ Du fait des mises à jour et des corrections, il peut y avoir des variations dans le nombre de personnes à une même date donnée. Ces indicateurs ont été calculés à la suite de la mise à jour de février 2005 et aux corrections effectuées sur la base de données jusqu'en septembre 2005.

² Depuis 2004, les personnes doivent avoir passé au minimum 1 mois durant l'hivernage pour être incluses dans la population de droit.

Figure 3.1.

Taux annuel d'accroissement de la population observée à Mlomp, de 1985 à 2004



Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.1).

La population au 1^{er} janvier 2005 se répartit sur 1 312 ménages³, soit 6 personnes en moyenne par ménage. Près de 90 % des ménages regroupent moins de 11 personnes. Les quelques ménages qui regroupent un très grand nombre d'habitants sont généralement des foyers accueillant des jeunes. Au sein des concessions familiales, plus de 36 personnes en moyenne sont observées par *hank*. Toutefois, cette « densité » n'est pas un indicateur pertinent puisque la population observée ne tient pas seulement compte des personnes présentes physiquement à Mlomp mais aussi de celles qui sont absentes depuis une durée inférieure à 2 ans et demi inclus. Il est donc nécessaire de distinguer dans la population les individus selon qu'ils sont présents ou absents en saison sèche.

1.2. Structure de la population par groupe d'âges, sexe et présence à Mlomp

- Structure par âge au 1^{er} janvier 1985

Au 1^{er} janvier 1985, la population observée comprend tous les individus recensés entre fin 1984 et début 1985. La structure de cette population par sexe, âge et présence au 1^{er} janvier 1985 présente quelques irrégularités⁴ malgré toutes les dispositions prises : par exemple 49 femmes âgées de 68 ans sont recensées à cette date tandis qu'elles sont seulement

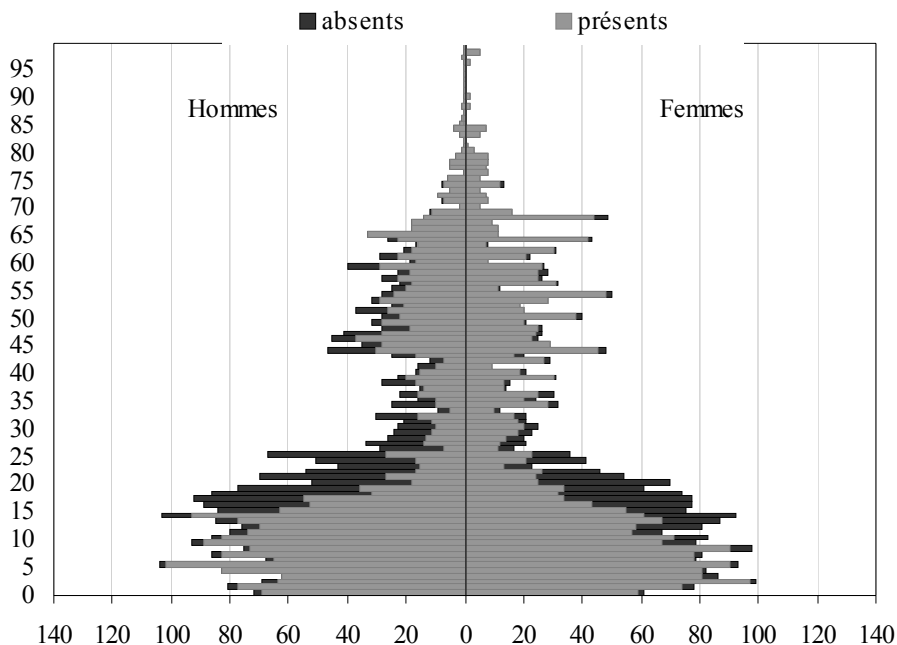
³ Nombre de ménages au 15/02/2004.

⁴ Irrégularité qui peut résulter des faibles effectifs.

9 à l'âge de 67 ans (annexe 3.2). La présentation de la structure par groupe d'âges quinquennal offre une lecture plus aisée (figure 3.3).

Figure 3.2.

Population observée à Mlomp au 1^{er} janvier 1985, par sexe et âge, selon la présence ou non à la saison sèche de cette année



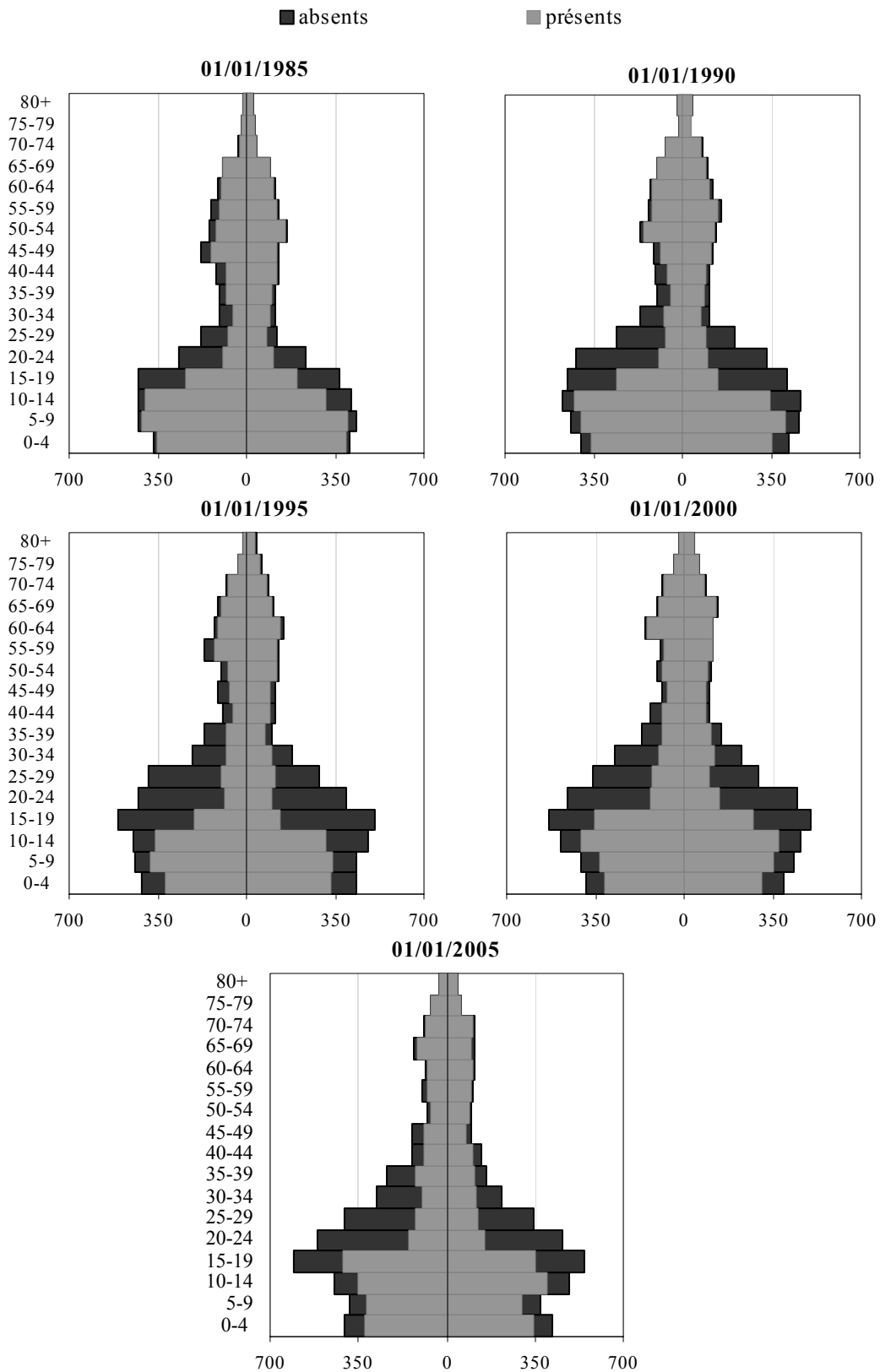
Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.2).

- *Évolution de la structure par groupe d'âges depuis 1985*

Depuis le début du suivi, la population a augmenté avec l'excédent des naissances sur les décès, mais il s'est aussi enrichi au fil des années de migrants qui viennent à Mlomp à l'hivernage et quittent le village durant la saison sèche (figure 3.3). En effet, en 1985, la proportion de personnes absentes en saison sèche est de l'ordre de 20 %, alors que par la suite, elle se situe globalement entre 30 et 40 %. Cette plus faible part en 1985 est liée à la mise en place du suivi qui a débuté par un recensement des personnes présentes : celles qui reviennent régulièrement au village ont été intégrées dans les années suivantes (annexe 3.1). La pyramide des âges de la population observée à Mlomp a une allure particulière qui révèle la façon dont les migrations influencent la structure de la population.

Figure 3.3.

Structure de la population par sexe, groupe d'âges et présence à la saison sèche à cinq dates



Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.3).

La structure de la population est affectée par un creux aux âges adultes et un rétrécissement du bas de la pyramide (Pison *et al.*, 2001b) (figure 3.3) :

Le creux est particulièrement net au 1^{er} janvier 1985, il concerne la population âgée de 25 à 44 ans à cette date, soit les personnes nées entre 1940 et 1959. Ce creux est lié au fait que la nuptialité et la natalité ont probablement été faibles durant la seconde guerre mondiale, beaucoup d'hommes ayant été enrôlé dans l'armée française. En outre, l'exode rural a certainement accru ce phénomène, avec un retour d'émigration dans les générations plus vieilles.

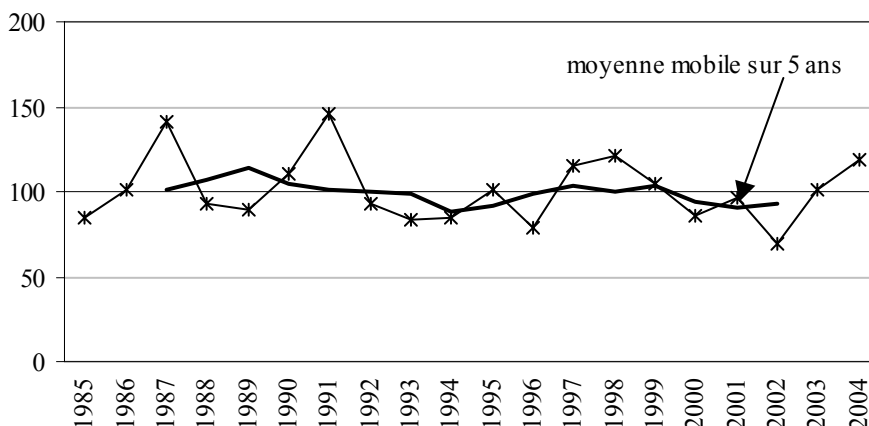
Le rétrécissement se voit surtout dans les périodes plus récentes comme sur la pyramide des âges au 1^{er} janvier 2000. Les enfants de moins de 15 ans représentent à cette date 33 % de la population alors que cette proportion atteignait 40 % quinze ans plus tôt (annexe 3.3). Il concerne les plus jeunes générations et s'explique par une forte baisse de la fécondité que nous décrirons ultérieurement dans ce chapitre. Il est accentué par un gonflement des effectifs des jeunes adultes : à cet âge, beaucoup de jeunes nés en villes viennent au village au moment de l'hivernage, notamment pour participer aux activités rizicoles ou en vacances.

1.3. Rapport de masculinité

- *Rapport de masculinité à la naissance*

En général, il naît en moyenne 105 garçons pour 100 filles. Ce rapport est reconnu comme étant une constante biologique. Il est toutefois plus faible en Afrique subsaharienne où il est estimé à 103, sans que l'on sache pourquoi (Nations unies, 2002a ; Garenne, 2002). À Mlomp, depuis le début du suivi démographique, ce taux n'est que de 99. Néanmoins, il n'est pas significativement différent de 105 (annexe 3.4). Le rapport de masculinité à la naissance est très variable d'une année sur l'autre, il résulte principalement de la fluctuation liée aux petits effectifs (le nombre de naissances varie entre 140 et 220 par an) (figure 3.4). Si on considère les naissances qui ont eu lieu à Mlomp, avec l'hypothèse que l'enregistrement des naissances est meilleur du fait de la vérification de la déclaration sur le registre de maternité, le rapport de masculinité calculé est de 101 garçons pour 100 filles. Mais la variation entre les années est très importante et on note en 1987 un taux qui atteint 156 garçons pour 100 filles (annexe 3.4).

Figure 3.4.
Évolution du rapport de masculinité à la naissance de 1985 à 2004
(ensemble des naissances observées à Mlomp)

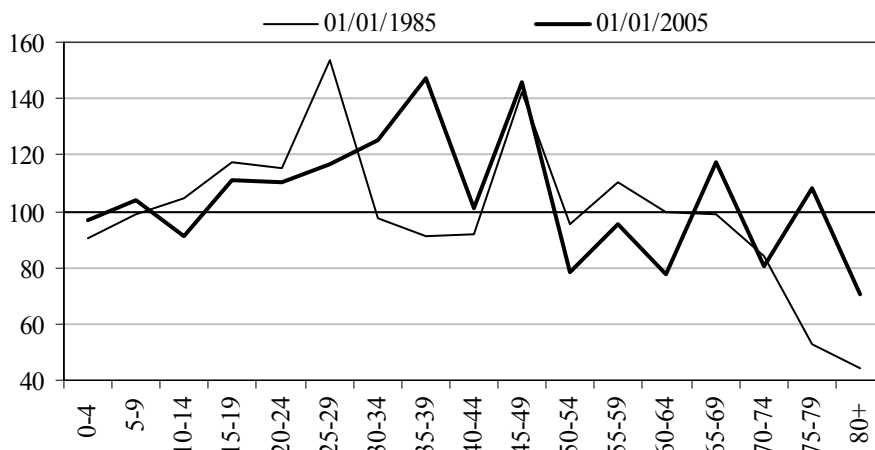


Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.4).

- *Rapport de masculinité par groupe d'âges*

Du fait des comportements migratoires et du critère d'observation des individus (observés jusqu'à ce qu'ils soient absents durant 2 années consécutives), la structure par sexe et âge est assez particulière. On peut déjà le voir sur les pyramides des âges (figure 3.3) mais le rapport de masculinité par groupe d'âges quinquennal l'illustre encore mieux (figure 3.5). Au 1^{er} janvier 2005, il existe un important déséquilibre entre les sexes avec une sur-représentation masculine de 15 à 50 ans. Si on compare les courbes du 1^{er} janvier 1985 et du 1^{er} janvier 2005, on constate que ce déséquilibre s'est décalé dans le temps, au fil des âges.

Figure 3.5.
Évolution du rapport de masculinité par groupe d'âges aux 1^{er} janvier 1985 et 2005

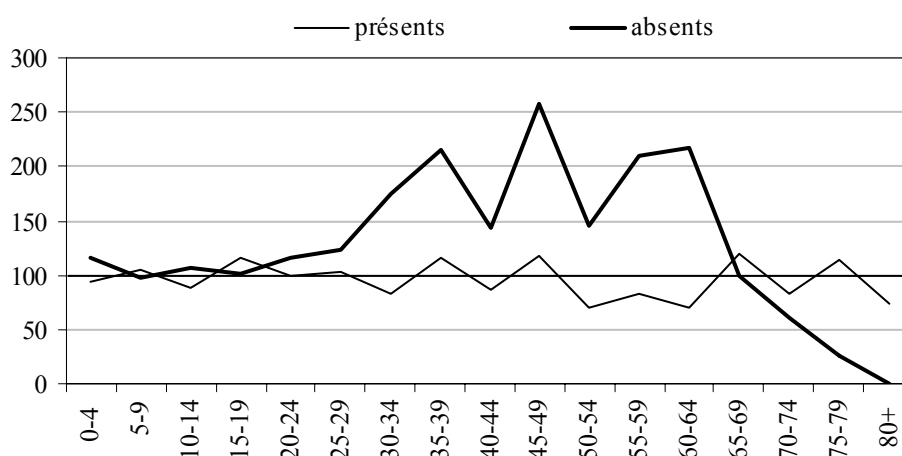


Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.3).

Selon le statut de résidence (présent/absent en saison sèche) le rapport de masculinité par groupe d'âges est assez différent. Au 1^{er} janvier 2005, le rapport de masculinité des personnes présentes à Mlomp durant la saison sèche est plus équilibré que celui de la population absente durant la saison sèche : les hommes y sont beaucoup plus représentés que les femmes dans les âges adultes à partir de 30 ans, surtout entre 30 et 35 ans où le ratio atteint plus de 260 (figure 3.6).

Figure 3.6.

Rapport de masculinité
par groupe d'âges au 1^{er} janvier 2005 selon la présence en saison sèche



Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.3).

L'accroissement de la population dépend en partie du solde migratoire. En outre, la structure par sexe et âge est déséquilibrée par les migrations, qu'elles soient temporaires ou définitives. Il est donc important d'examiner plus précisément qui sont les personnes observées, en étudiant dans la partie suivante la composition des ménages. Nous reviendrons ultérieurement sur la description des personnes migrantes.

1.4. La composition des ménages

- *Statut des personnes dans les ménages*

Chaque personne observée est rattachée à un ménage dans lequel il a un statut mis à jour lors de chaque enquête démographique annuelle. Un enfant peut être enfant du chef du ménage (mère présente ou absente), enfant confié, enfant qui « tute » (scolarisé chez un tuteur) ou autre enfant. Un adulte peut être chef du ménage, épouse du chef de ménage ou autre adulte du ménage. La figure 3.7 permet de décrire la répartition des individus observés au 1^{er} janvier 2005 selon leur statut, par sexe et par groupe d'âges.

Avant l'âge de 5 ans, la plupart des enfants ont au moins un de leurs parents dans le ménage dans lequel ils vivent puisqu'ils sont enfants du chef ou d'un autre adulte (généralement, le petit-fils ou la petite-fille du (de la) chef). Entre 5 et 10 ans, 11 % des garçons et 12 % des filles sont confiés à un adulte du ménage mais on peut supposer que cette proportion est un minimum puisque près de 20 % des enfants de cette tranche d'âges ont un statut autre ou inconnu.

À Mlomp, la désignation d'enfant confié correspond à des conditions particulières qui ne regroupent pas tous les enfants qui vivent à Mlomp sans leurs parents. Il existe des nuances selon la filiation maternelle ou paternelle qui lie l'enfant à la maison dans laquelle il habite : l'enfant *kooken*⁵ est un enfant qui est pris actuellement en charge par sa famille maternelle. D'après cette répartition, il ne semble pas y avoir de différence de genre significative en proportion mais l'activité des enfants confiés est probablement différente selon le sexe⁶. Selon les situations, le placement des enfants dans une autre maison que celle d'au moins l'un de ses parents peut être temporaire ou non. Une femme qui n'est pas encore mariée peut garder son enfant avec elle dans sa famille. Lorsqu'elle se mariera, si le mari n'est pas le père de ses enfants, ceux-ci peuvent rester dans la famille maternelle ou être récupérés par la famille paternelle. Beaucoup d'enfants confiés restent membres du ménage jusqu'à l'âge adulte, au moment de leur mariage.

D'autres enfants vivent chez un tuteur à Mlomp où ils sont scolarisés. C'est le cas de 10 % des garçons et 13 % des filles âgés de 10 à 14 ans. Cette proportion augmente parmi les 15-19 ans mais elle devient moindre parmi les filles avec une différence significative au seuil de 4 % (annexe 3.5).

À l'âge adulte, les jeunes hommes sont fréquemment enfants du chef de ménage puis deviennent pour la plupart chefs de ménage. À partir de 50 ans, ils sont en effet plus de 90 % à avoir ce statut. Chez les femmes, la proportion d'épouses du chef de ménage augmente avec l'âge mais assez tardivement, ce qui laisse deviner un âge au mariage relativement élevé puisque le mariage coïncide avec l'installation de la femme chez son mari : elle est nulle

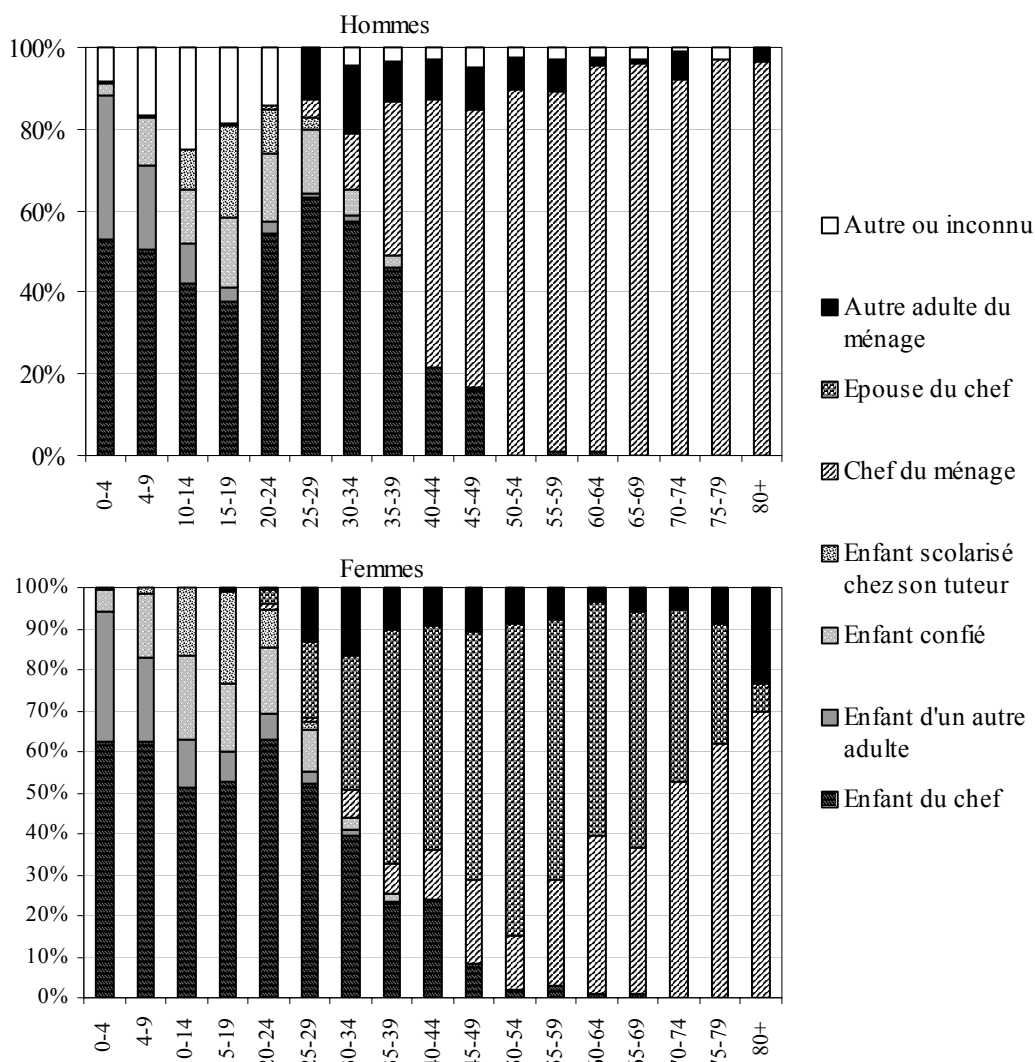
⁵ *Kooken* signifie en diola : « prends, tu me le nourris », son usage s'est modifié au cours du temps. Traditionnellement, l'enfant *kooken* est un enfant confié à la famille paternelle (décès du père, confiage d'un enfant à un oncle). Mais avec le nombre croissant d'enfants qui naissent de mères célibataires, *kooken* désigne actuellement les enfants confiés aux grand-parents maternels même si la mère est elle-même présente dans la maison, alors qu'il ne désigne pas tous les enfants pris en charge par la famille paternelle. Les enfants *kooken* sont devenus les enfants « qui ne sont pas nés ici » : le lieu de naissance est assimilé à celui du père, et si l'enfant naît et vit dans la concession de son père, il n'est pas *kooken* (Catherine Enel, communication personnelle).

⁶ En milieu urbain, il existe des différences entre les filles et les garçons, les premières étant plus souvent considérées comme des aides domestiques que les seconds, plus fréquemment scolarisés (Pilon et Vignikin, 1996).

avant 20 ans et augmente progressivement à partir de 20 ans jusqu'à plus de 75 % parmi les femmes de 50-54 ans. Ensuite, cette proportion décroît, probablement du fait de séparations ou du veuvage, et les femmes plus âgées se retrouvent fréquemment chefs du ménage (dès l'âge de 65 ans, cela concerne près de 40 % des femmes). Aux âges les plus élevés toutefois, on dénombre un quart des femmes âgées de plus de 80 ans qui sont comptabilisées dans les autres adultes du ménage. Elles ont probablement été installées chez un de leurs enfants, généralement un fils, ce que l'on n'observe pas parmi les hommes qui restent chefs de ménage jusqu'à leur mort.

Figure 3.7.

Répartition par groupe d'âges des hommes et des femmes observés au 1^{er} janvier 2005 selon leur statut dans le ménage



Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.5).

- *Statut dans le ménage des absents en saison sèche*

En distinguant la population selon qu'elle est présente ou non durant la saison sèche, la répartition des personnes présentes est relativement similaire à celle présentée précédemment qui concernait la population dans son ensemble avec des proportions plus importantes d'hommes adultes chefs de ménages et de femmes épouses du chef de ménage (annexe 3.6). Cependant, la population qui s'est absentée durant la saison sèche correspondant au 1^{er} janvier 2005 présente des caractéristiques différentes, surtout aux âges adultes et selon le sexe. Entre 15 et 35 ans, les hommes et les femmes qui s'absentent sont pour la plupart des enfants du chef du ménage. Passé l'âge de 35 ans, les hommes qui s'absentent sont pour moitié des chefs de ménage, tandis que seulement 15 % des femmes absentes sont épouses du chef de ménage (tableau 3.1).

Tableau 3.1.

Répartition par grand groupe d'âges et par sexe des individus observés au 1^{er} janvier 2005 et absents en saison sèche selon leur statut dans le ménage

Statut dans le ménage	Moins de 15 ans		De 15 à 34 ans		35 ans et plus		Tous âges	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Enfant du chef	23	27	53	56	26	27	44	47
Enfant d'un autre adulte	32	25	2	5	0	1	6	8
Enfant confié	8	10	16	13	1	1	12	11
Enfant scolarisé chez son tuteur	3	6	9	7	0	0	6	6
Chef du ménage	0	0	2	2	51	15	11	3
Épouse du chef	0	0	0	1	0	22	0	4
Autre adulte du ménage	0	0	6	7	15	31	7	8
Autre ou inconnu	34	33	12	11	6	3	15	14
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Effectifs</i>	<i>241</i>	<i>229</i>	<i>1010</i>	<i>829</i>	<i>277</i>	<i>157</i>	<i>1528</i>	<i>1215</i>

Source : base de données Mlomp, 2005.

* *

*

La population observée à Mlomp, telle qu'on peut le voir à partir des pyramides des âges, est caractérisée par une grande proportion de personnes qui migrent de manière saisonnière, comme le protocole le définit. Les femmes migrent quand elles sont jeunes et plus longtemps et les hommes partent quand ils sont adultes durant la saison sèche et reviennent aux hivernages. L'historique des mouvements migratoires permet de comprendre pourquoi on observe de telles proportions de migrants saisonniers aujourd'hui.

2. Évolution démographique au cours du 20^e siècle

2.1. Le développement des migrations

- *Des comportements migratoires anciens*

Traditionnellement, pour se marier⁷, un homme doit verser à la famille de sa promise ainsi qu'aux fétiches* du quartier une compensation matrimoniale, le *bufos*, composé de vin de palme et d'un porc. Il doit également construire la maison conjugale qui scelle véritablement le mariage. La jeune fille, quant à elle, doit posséder un trousseau qu'elle emmène avec elle au moment de son installation dans cette nouvelle maison (linge, riz, matériel ménager, mobilier). Se marier coûte donc relativement cher. Le coût du mariage était autrefois supporté par la famille des futurs époux mais avec la monétarisation de l'économie dans une population qui ne dispose pas de ressources financières⁸, ce coût est progressivement revenu à la charge de ces derniers : le futur marié doit avoir suffisamment d'argent pour acheter plusieurs centaines de litres de vin de palme, un porc mais aussi assurer les frais de construction et d'ameublement de la maison conjugale ; la future mariée doit posséder du matériel de cuisine, le linge de maison et les vêtements ainsi qu'une réserve d'argent pour pouvoir acheter des sacs de riz (Enel *et al.*, 1989).

Le besoin d'argent pour se marier ainsi que le paiement d'impôts a incité les hommes à migrer dès le début du 20^e siècle. Depuis longtemps, les hommes partent durant la saison sèche, soit pour récolter du vin de palme en Casamance ou dans la banlieue de Dakar, soit pour exercer le métier de pêcheur près du fleuve Casamance ou de l'Océan atlantique. Avec l'urbanisation et la scolarisation, la formation scolaire ou d'apprentis en milieu urbain s'est aussi répandue dans la population masculine (Enel *et al.*, 1989 ; Pison *et al.*, 2001b).

Parallèlement, les femmes célibataires bénéficient d'une certaine autonomie par rapport à leur activité, qu'elles perdent en partie une fois mariées. Les jeunes femmes ont donc aussi une culture migratoire ancienne. Ce sont d'ailleurs les premières à avoir intégré l'économie monétaire, les pionnières ayant commencé à la fin du 19^e siècle à travailler pour les Européens comme dockers à Ziguinchor (Journet, 1994). Les femmes célibataires partent travailler dans les grandes agglomérations urbaines, généralement en tant que domestiques.

⁷ On parle ici du premier mariage qui se conclut après plusieurs étapes. Notons que les Diola sont généralement monogames et endogames au sein de leur ethnie, mais peuvent divorcer et se remarier.

⁸ Auparavant, le système de troc permettait d'obtenir les biens nécessaires au mariage.

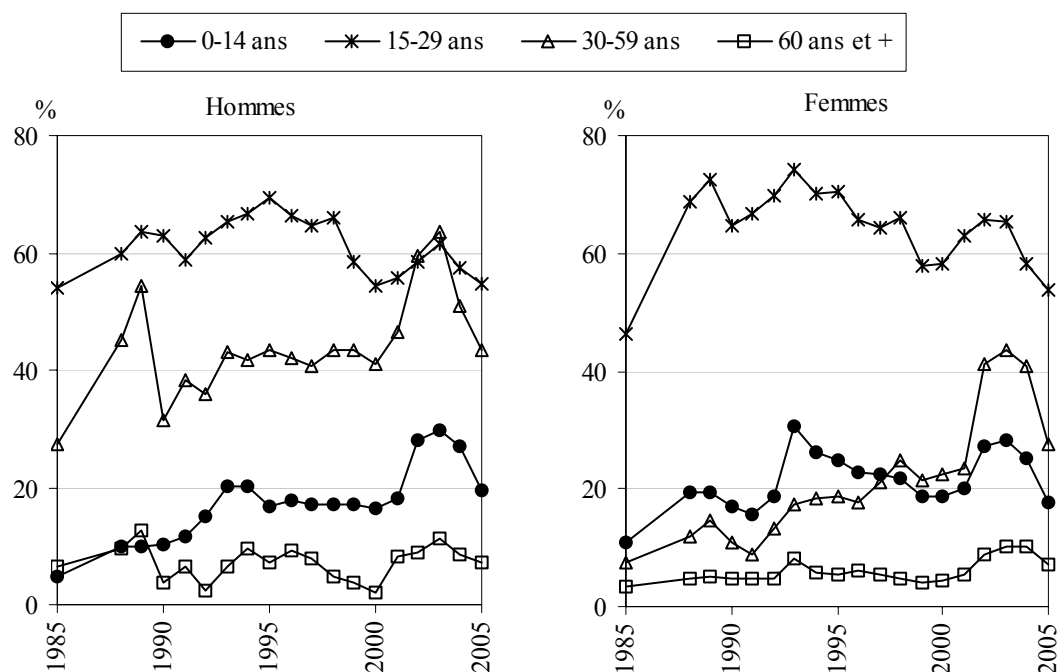
Elles s'absentent souvent sur une durée plus longue qu'une saison sèche et peuvent ne pas rentrer au moment de l'hivernage (Enel *et al.*, 1989 ; Pison *et al.*, 2001b).

- *Fluctuations des migrations depuis 1985*

La proportion de personnes observées mais absentes au village durant la saison sèche (indépendamment de la date de départ) permet d'estimer la fréquence des migrations saisonnières (figure 3.8). Durant les premières années du suivi démographique, la proportion de personnes absentes a augmenté quel que soit le groupe d'âges considéré. Cette évolution ne signifie pas un changement dans les comportements migratoires des habitants de Mlomp mais simplement l'inclusion dans les premières années du suivi des personnes migrantes qui n'étaient pas présentes au moment du recensement initial.

Figure 3.8.

Évolution annuelle de la proportion d'absents en saison sèche (au 1^{er} janvier de chaque année) par sexe et par grand groupe d'âges, depuis 1985



Note : 1986 et 1987 n'ont pas été prises en compte dans cette analyse : les migrations saisonnières sont au départ peu observées puisqu'il faut d'abord constater une présence (et recenser la personne) pour constater une absence ultérieure ; en outre, en 1987, il n'y a pas eu d'enquête annuelle.
 Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.7).

Au cours de l'observation, des événements ponctuels peuvent perturber les comportements migratoires de la population. C'est le cas de la cérémonie de circoncision-initiation qui a eu lieu au cours de l'hivernage 2001 dans les quartiers de *Jibeten* et *Kajifolong* : un très grand nombre de personnes sont venues pour l'occasion, visite restant

exceptionnelle. Cela a entraîné dans les années suivantes une hausse de la proportion d'absents liée à ces visiteurs qui sont restés dans la population de droit durant deux passages puis sont sortis de l'observation (figure 3.8 ; annexe 3.1). En 1990, l'observation enregistre au contraire une faible proportion de personnes absentes en saison sèche or cette année-là, une cérémonie de circoncision-initiation a été organisée dans le village de *Kajinool* Elle a probablement eu des conséquences sur les déplacements de villageois durant la saison sèche précédant la cérémonie et celle lui succédant mais elle n'a pas entraîné un accroissement d'immigrations aussi important que celle organisée en 2001⁹ (annexe 3.1). Globalement, l'évolution de la proportion de migrants ne permet pas de dégager des tendances nettes dans les comportements migratoires des habitants de Mlomp depuis 1985. On notera toutefois certains éléments :

Parmi les enfants de moins de 15 ans, il y a relativement plus de filles absentes que de garçons absents, la proportion atteint 20 % chez les filles à la fin des années 1980 alors qu'elle n'atteint cette proportion que dans les années 1990 chez les garçons.

Les jeunes femmes âgées de 15 à 30 ans sont très nombreuses à s'absenter, la proportion oscillant entre 60 et 80 %. En plus des migrations de travail en milieu urbain, on trouve dans cette tranche d'âges des femmes qui quittent le village en se mariant, elles sont incluses dans les absents durant deux années consécutives avant d'être considérées comme émigrées. Pour leurs pairs, les niveaux sont moindres mais restent aussi très importants. Depuis la fin des années 1990, ces proportions semblent toutefois diminuer.

À partir de 30 ans, ce sont surtout les hommes qui migrent : 40 % d'absents parmi ceux qui ont entre 30 et 60 ans. À ces âges, peu de femmes sont absentes, mais on peut noter une tendance à la hausse entre 1990 et 2000. Il semblerait en effet que les femmes mariées du village commencent elles aussi à migrer, notamment pour faire du commerce et acquérir du bien monétaire¹⁰. La rupture observée à partir de 2001 est liée à la cérémonie de circoncision à laquelle sont venues beaucoup de femmes originaires de Mlomp qui se sont mariées ailleurs.

Après 60 ans, les hommes et les femmes sont généralement peu nombreux à s'absenter durant la saison sèche, moins de 10 %. Les proportions plus importantes observées chez les hommes sont dues à la poursuite des migrations de travail chez les hommes jusqu'à la soixantaine.

⁹ Il est probable qu'un protocole différent ait été appliqué pour les visiteurs du *bukut* lors de l'enquête de 1991 par rapport à celui utilisé à l'enquête de 2002.

¹⁰ Hypothèse qui devra être confirmée dans les prochaines années.

- *Motifs des absences en saison sèche*

Les raisons d'absence au moment de la saison sèche varient beaucoup selon l'âge et le sexe (figure 3.9) :

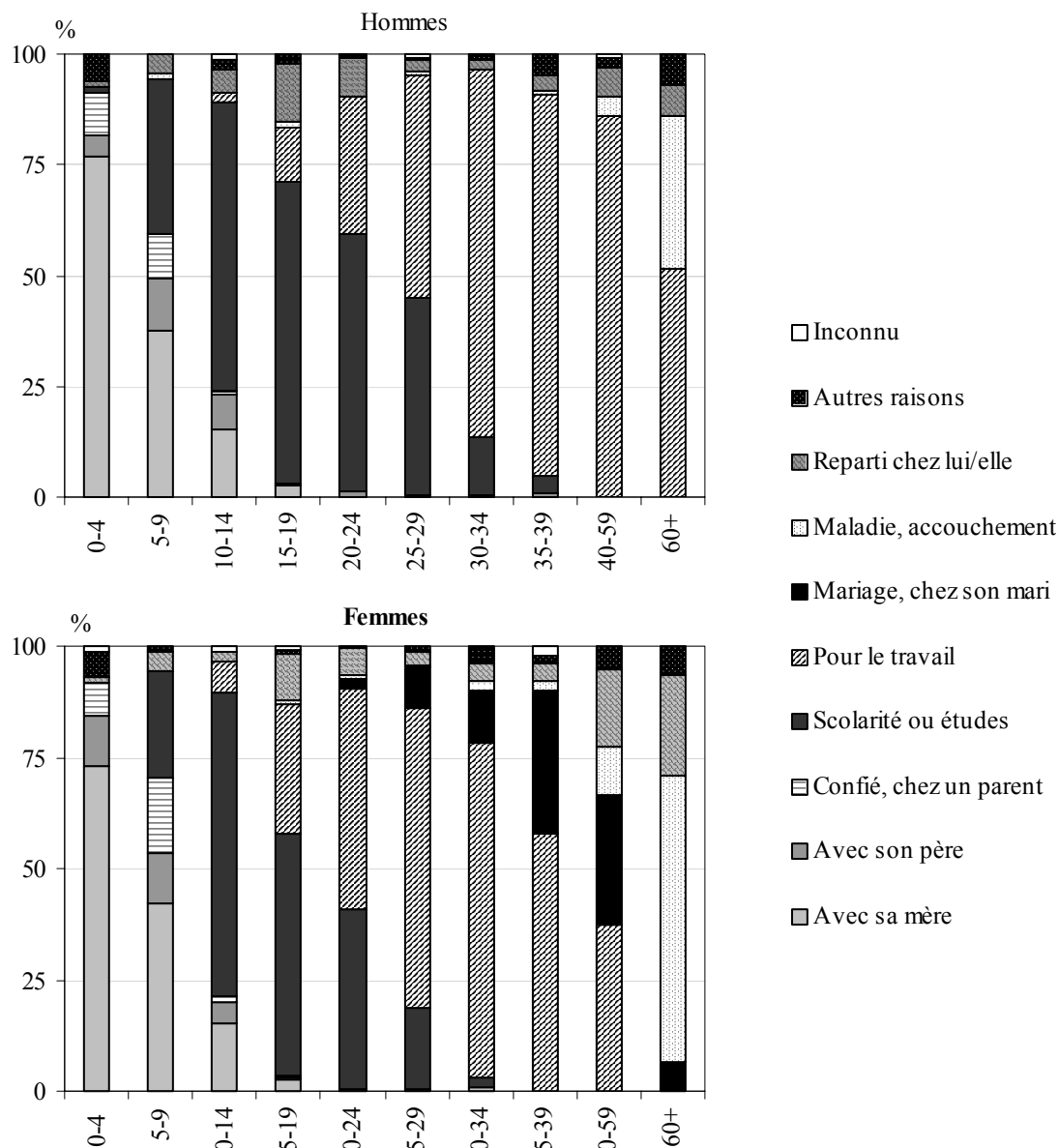
Avant l'âge de 5 ans, les enfants absents sont pour la plupart avec leurs mères elles-mêmes absentes (respectivement 77 et 73 % des garçons et des filles) alors qu'ils sont beaucoup moins nombreux à être partis avec leur père (sans leur mère). Cette proportion tombe à 40 % dans la tranche d'âges supérieure où les enfants sont aussi fréquemment absents pour des raisons scolaires (qui, entre 5 et 10 ans, concernent 35 % des garçons contre seulement 24 % des filles). Ce motif se généralise pour les enfants âgés de 10 à 14 ans où la proportion des filles et celle des garçons est de plus de 65 %. Pour les jeunes de plus de 15 ans, les garçons sont beaucoup plus fréquemment absents pour un motif scolaire que les filles et l'écart se creuse avec l'âge. Entre 30 et 35 ans, 13 % des hommes sont absents parce qu'ils étudient ailleurs, alors qu'il n'y a quasiment aucune femme concernée à ces âges.

Concernant les absences liées au travail, on peut également observer une différence de calendrier entre les sexes : 29 % des jeunes filles âgées de 15 à 20 ans partent pour travailler alors que c'est le cas de seulement 12 % des garçons de ce groupe d'âges. Entre 20 et 25 ans, la moitié des absences des jeunes femmes sont dues au travail contre le tiers chez les hommes. Jusqu'à 30 ans, l'absence liée au travail reste plus fréquente chez les femmes que chez les hommes : elle concerne 68 % des femmes de 25 à 29 ans parties durant la saison sèche. Ensuite, cette raison diminue pour les femmes tandis que chez les hommes, elle atteint près de 90 % entre 35 et 60 ans.

Pour les femmes, le mariage est un motif d'émigration (définitive si le mari n'est pas de Mlomp) dont la proportion augmente à partir de 25 ans. Enfin, bien que l'effectif des personnes âgées de plus de 60 ans soit assez réduit (29 hommes et 31 femmes), la maladie est un motif de migration qui joue seulement chez les femmes.

Figure 3.9.

Répartition par groupe d'âges des hommes et des femmes observés au 1^{er} janvier 2005 et absents à la saison sèche selon le motif de leur absence



Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.8).

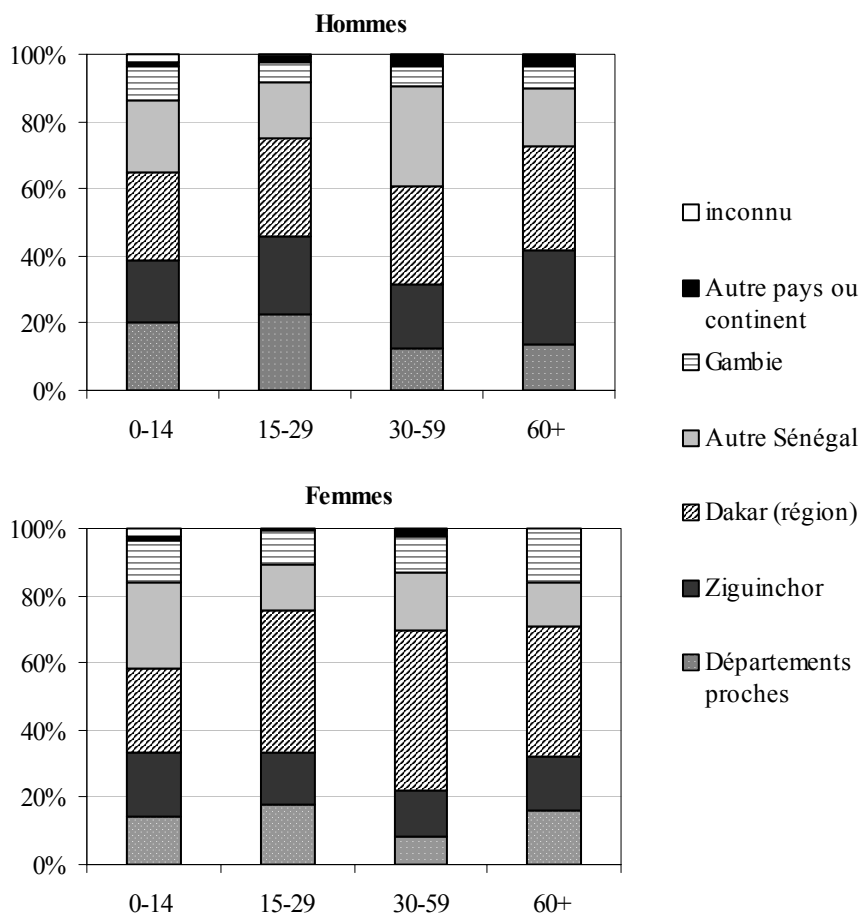
- *Les migrations des femmes sont plus souvent urbaines que celles des hommes*

Les destinations des déplacements renseignent également sur le comportement migratoire. Globalement, les femmes qui s'absentent partent généralement plus loin que les hommes (figure 3.10). La proportion des femmes qui partent dans la même région (départements proches et Ziguinchor) est toujours plus faible que celle des hommes, quel que soit l'âge considéré. Entre 30 et 60 ans, la moitié des femmes absentes sont dans la région de Dakar, alors que ce n'est le cas que de 30 % des hommes. En proportion, les filles et les

femmes partent aussi plus souvent en Gambie, par rapport aux garçons et aux hommes. La Gambie est d'ailleurs la seule destination internationale ou presque.

Figure 3.10.

Répartition des hommes et des femmes observés au 1^{er} janvier 2005 et absents à la saison sèche, selon le lieu de destination



Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.9).

Cette distribution corrobore la « préférence » des femmes pour le milieu urbain lors de leurs déplacements. Bien qu'hétérogènes, initiées pour des raisons différentes et de destinations variées selon l'âge et le sexe, les migrations de travail sont très importantes au sein de la population. Elles ont forcément des effets sur la nuptialité et la séparation des conjoints et ne sont donc pas sans conséquence sur la fécondité des femmes de Mlomp.

2.2. Une fécondité tardive et faible

- *Un indicateur conjoncturel de fécondité qui diminue*

En milieu rural sénégalais, sur la période 1994-1999, la fécondité était de 6,1 enfants par femme (âgée de 15 à 49 ans), mais les Diola constituaient le groupe ethnique ayant la fécondité la plus faible, avec un taux de 4,5. Ce niveau est d'ailleurs sensiblement équivalent à celui de la région de Ziguinchor (Sow *et al.*, 1999a). À Mlomp, l'indice synthétique de fécondité est légèrement plus bas que celui de la moyenne régionale puisque le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,2 sur la période 1985-2004 (4,1 si on ne tient compte de la fécondité que jusqu'à 50 ans). Ce niveau de fécondité a beaucoup baissé durant le suivi passant de 5,4 en 1985-1989 à 3,4 en 2000-2004. La fécondité est quasi-nulle avant l'âge de 15 ans et après 50 ans mais la diminution s'est opérée à tous les âges, avec une fécondité qui a diminué de moitié entre 15 et 20 ans (tableau 3.2).

Tableau 3.2.

Taux de fécondité par groupe d'âges et indice synthétique de fécondité à Mlomp, par période

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	1985-2004
Taux de fécondité par groupe d'âges et par période (en ‰)					
10-14 ans	1	0	0	0	1
15-19 ans	38	35	34	20	31
20-24 ans	127	135	105	95	113
25-29 ans	207	175	150	133	160
30-34 ans	272	216	187	191	208
35-39 ans	254	215	165	166	194
40-44 ans	153	128	92	62	106
45-49 ans	26	27	6	7	17
50-54 ans	1	0	2	0	1
Indicateur synthétique de fécondité par période (nombre moyen d'enfants par femme)					
ISF	5,4	4,7	3,7	3,4	4,2

Source : base de données, Mlomp 2005 (annexe 3.10).

On peut supposer une légère sous-estimation de la fécondité sur la dernière période du fait d'un grand nombre de femmes observées entre 2001 et 2004 mais qui ne sont venues qu'une fois au moment de la cérémonie de circoncision-initiation (le *bukut*) en juillet 2001 et pour lesquelles il peut y avoir un sous-enregistrement des accouchements.

On peut s'interroger sur l'existence un biais de sélection de la population féminine au sein de l'observatoire. Du fait des critères d'inclusion et d'exclusion des individus, beaucoup de personnes mobiles sont suivies et cela peut jouer sur la fécondité, à cause des séparations de couple (Brockerhoff et Xiushi, 1994). Toutefois, certaines caractéristiques de la population

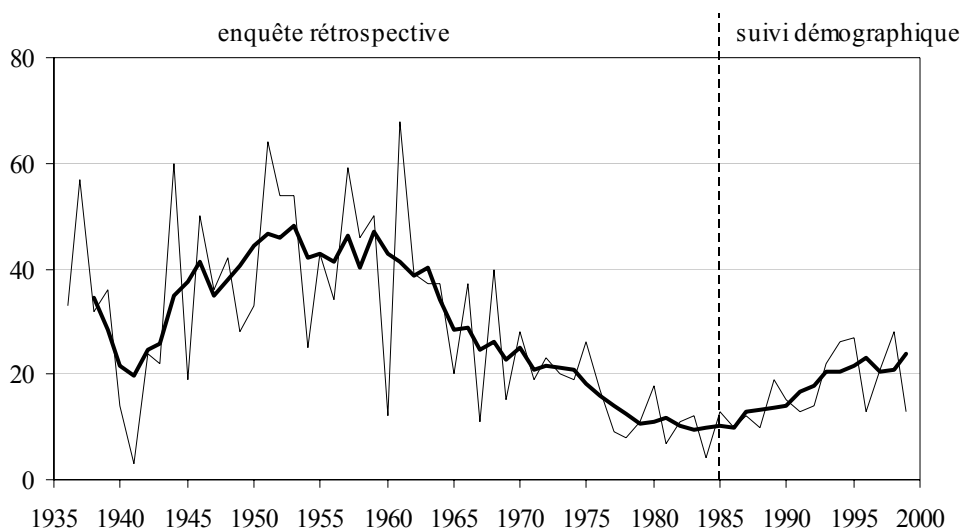
que nous avons déjà décrites, et qui sont des déterminants directs et indirects de la fécondité, nous permettent de penser que la fécondité n'est pas artificiellement faible à Mlomp. Par exemple, la forte scolarisation, même courte, des femmes observées à Mlomp (cf. chapitre 2 : tableau 2.2) a très probablement un effet sur la fécondité, puisque, au niveau national, la fécondité des femmes ayant un niveau d'instruction primaire est de 4,1 en moyenne en 1994-1998 (Sow *et al.*, 1999a). L'étude de la nuptialité permet de comprendre en partie ce faible niveau de fécondité.

- *Un calendrier nuptial particulièrement tardif*

Les difficultés liées à la possibilité de se marier ont joué un rôle important sur la nuptialité. Le processus du mariage s'est beaucoup rallongé au cours du siècle : de la promesse à la cohabitation, il peut s'écouler plusieurs années alors qu'il durait à peu près 1 an pour les mariages qui ont eu lieu dans les années 1950. En outre, le nombre de mariages à Mlomp a beaucoup évolué au cours du siècle (Pison *et al.*, 2001b). Il était de 35 mariages par an en moyenne juste avant la seconde guerre mondiale. Celle-ci a entraîné un creux qui fut rattrapé par la suite jusqu'à atteindre 48 au début des années 1950. Mais au cours des décennies 1960 et 1970, le nombre de mariages a progressivement diminué. Au début des années 1980, on ne dénombre plus que 10 mariages en moyenne par an. Depuis, le nombre de mariages s'est remis à augmenter (figure 3.11).

Figure 3.11.

Évolution du nombre annuel de premiers mariages à Mlomp depuis 1936



Sources (Pison *et al.*, 2001a) : avant 1985 : enquête « Promotions de mariages » 1984/1985 ; depuis 1985 : base de données Mlomp 1985-1999 (annexe 3.11).

La diminution observée au cours des années 1960 et 1970 tient à deux phénomènes : d'une part, une partie de la population encore célibataire a émigré définitivement ; d'autre part, l'âge au mariage a reculé (Pison *et al.*, 2001a).

En effet, l'âge moyen au premier mariage à Mlomp, d'après la reconstitution des promotions de mariage, était de 19 ans pour les femmes et de 20 ans pour les hommes à la fin des années 1930. Les âges moyens au mariage des hommes et des femmes de Mlomp sont donc depuis longtemps tardifs pour une zone rurale d'Afrique subsaharienne¹¹. Cet âge a beaucoup augmenté au cours du siècle puisque au début des années 1980, il s'élevait respectivement à 23 et 29 ans. Depuis le début de l'observation démographique, l'âge moyen a continué de reculer, atteignant 28 ans pour les femmes et 36 ans pour les hommes pour la période 1995-1999 (figure 3.12) (Pison *et al.*, 2001a).

Outre le temps plus long nécessaire pour être prêt à se marier, un autre facteur a peut-être jouer dans ce recul de l'âge au premier mariage des hommes : le fait que, traditionnellement, les hommes ne peuvent pas se marier avant d'être circoncis¹². À Mlomp, comme dans la plupart des villages diolas *Essoulalou*, la circoncision se pratique à l'occasion d'une grande cérémonie qui est aussi un rite d'initiation à la fois civique et religieuse qui ne s'organise que tous les 20 ou 30 ans, le *bukut* que nous avons déjà évoqué. Cette cérémonie concerne tous les hommes (et les garçons à partir du moment où ils sont sevrés) du village qui n'ont pas été circoncis¹³ depuis le *bukut* précédent. Avec les difficultés économiques rencontrées par les habitants dans les années 1970 liées à une baisse de la pluviométrie, ces cérémonies ont été retardées et les dernières ont eu lieu environ 40 ans après les précédentes. Entre 1951 et 1990, qui correspond à une période de diminution de la nuptialité (figure 3.11), il n'y a eu aucune cérémonie organisée à Mlomp (annexe 3.12) (Pison *et al.*, 2001a).

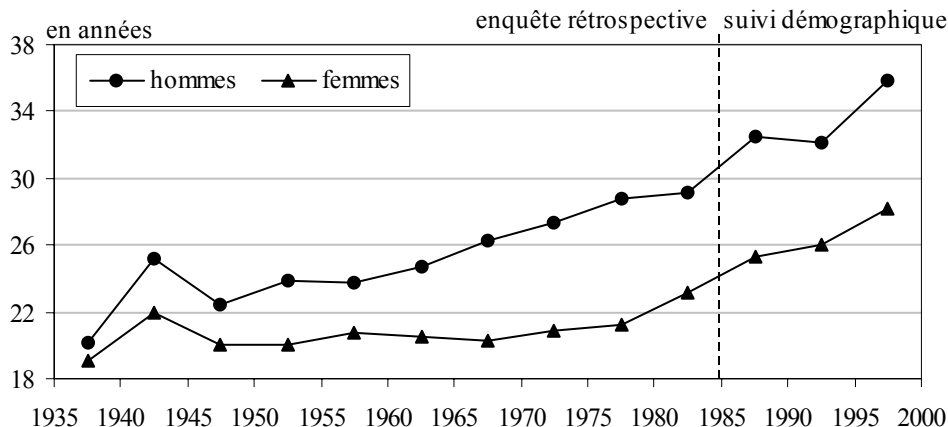
¹¹ Pour une comparaison internationale des âges au premier mariage, voir Hertrich, 2001.

¹² Notons que les Diola *Essoulalou* ne pratiquent pas l'excision des filles.

¹³ Actuellement, la circoncision est généralement symbolique pour les hommes adultes puisque la plupart des hommes sont circoncis médicalement quand ils sont plus jeunes.

Figure 3.12.

Évolution de l'âge moyen au premier mariage depuis 1935 par période quinquennale



Sources (Pison *et al.*, 2001a) : enquête « Promotions de mariages » 1984/1985 ; base de données Mlomp, 2000.

- *Les naissances sont espacées avant et même pendant le mariage*

Pour être considérée comme une femme dans la société diola comme dans beaucoup de sociétés africaines, il faut avoir engendré, c'est un impératif « quasi ontologique » (Journet, 1994). Chez les Diola de Casamance, il n'y a pas de contrôle de la virginité des femmes au mariage¹⁴ (Sy, 1991). Ainsi, les femmes de Mlomp ont très souvent des enfants avant de se marier et pas nécessairement avec le futur conjoint.

Durant la période 1985-1999, alors que l'âge moyen au premier mariage est de 26,5 ans, celui à la première naissance vivante est de 23 ans. Ainsi, beaucoup d'enfants à Mlomp naissent de mère célibataire : parmi les accouchements survenus chez les femmes membres de la population de droit au cours de cette même période, 83 % des enfants de rang 1 sont nés de mère célibataire ; c'est encore le cas de 63 % des enfants de rang 2 et de 36 % des enfants de rang 3 (Pison *et al.*, 2001a). Les mères célibataires ne vivent pas en couple au village. Ainsi, même si les femmes ont des enfants avant de se marier, le fait d'être célibataire retarde l'âge des femmes à la première grossesse et augmente l'intervalle entre deux grossesses. Les unions qui précèdent le premier mariage ne sont en effet pas très fécondes : les rapports sexuels y sont peu fréquents et en partie protégés par l'utilisation du préservatif ; en outre, les jeunes mères célibataires attendent souvent longtemps avant d'avoir de nouveau des rapports sexuels (Pison *et al.*, 2001b).

¹⁴ C'est en tout cas vrai à l'heure actuelle.

Cet espacement des naissances parmi les femmes célibataires est accentué par la fréquence des migrations des jeunes femmes dans les villes. La migration agit alors comme un frein au fait d'avoir des enfants, parce qu'elle implique une rupture avec le milieu d'origine et une période où le risque d'avoir un enfant est plus faible (retard de la mise en couple ou séparation de conjoints, absence ou espacement des rapports sexuels, stress, etc.) (Brockerhoff et Xiushi, 1994 ; Hervitz, 1985).

Au sein des mariages, les rapports sexuels sont plus réguliers mais les naissances restent espacées par la pratique de l'allaitement et l'abstinence post-partum. L'enquête sur l'allaitement menée en 2000 à Mlomp a permis d'évaluer la durée médiane d'allaitement entre 19 et 20 mois. La reprise des rapports sexuels est toutefois relativement rapide parmi les femmes mariées puisqu'elle concerne la plupart des femmes âgées de plus de 30 ans trois mois seulement après l'accouchement (Pison *et al.*, 2001a).

En 2000, 16 % des femmes de plus de 30 ans utilisaient une méthode de contraception moderne ou traditionnelle pour espacer les naissances (Pison *et al.*, 2001b). La proportion est plus proche de celle constatée en milieu urbain sénégalais qu'en milieu rural : 21,2 % des femmes en union résidant en milieu urbain utilisaient une méthode de contraception (moderne ou traditionnelle) au moment de l'enquête de santé de 1999 contre seulement 4,6 % des femmes vivant en milieu rural. Les fréquences d'utilisation sont sensiblement les mêmes si on distingue les femmes selon leur niveau d'instruction (primaire *versus* aucun) (Sow *et al.*, 1999a).

En outre, s'agissant de la fécondité des femmes mariées, la fréquence des migrations saisonnières chez les hommes entraîne des absences relativement longues, sur plusieurs mois de l'année, de leurs maris qui peuvent avoir un effet négatif sur la fécondité.

La migration peut aussi être considérée comme un vecteur de diffusion en milieu rural des modèles reproductifs qui agissent en milieu urbain (Lesclingand, 2004). En effet, le niveau de la fécondité des femmes sénégalaises est beaucoup plus bas en milieu urbain qu'en milieu rural, respectivement de 3,9 et 6,1 enfants par femme en 1994-1998 (Sow *et al.*, 1999a). Avec une proportion de femmes ayant été scolarisées au moins une année ainsi qu'une expérience migratoire urbaine très fréquente, parfois longue pour les femmes qui ne sont pas encore mariées, on peut donc s'attendre à ce que la fécondité des femmes suivies par l'observatoire de Mlomp soit proche de celle que l'on observe en milieu urbain. À Mlomp, la fécondité est en effet relativement faible, mais la population de Mlomp connaît aussi des niveaux de mortalité qui sont plus bas que ceux estimés pour le pays, surtout en milieu rural.

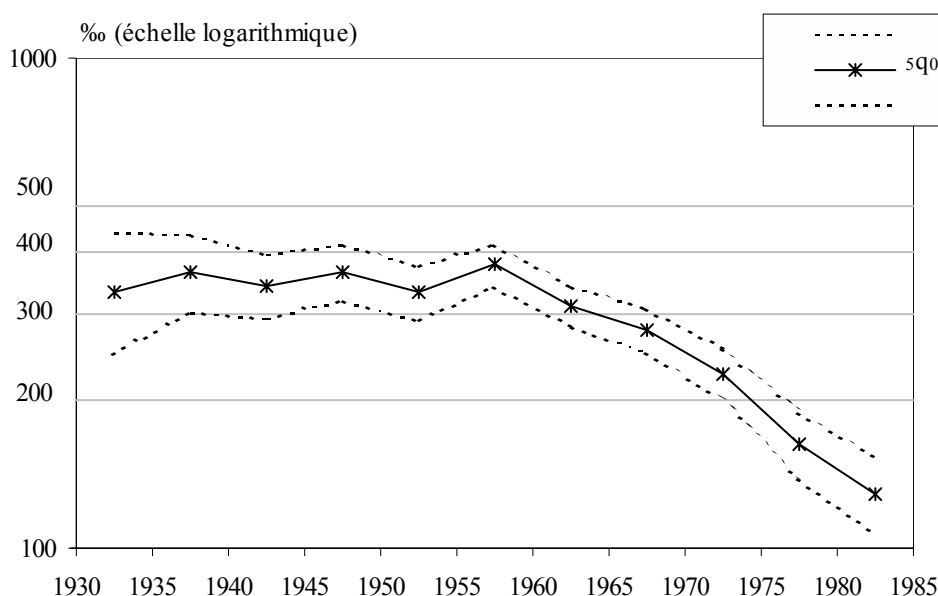
2.3. La mortalité à Mlomp

- Forte baisse de la mortalité avant 5 ans depuis 1960

Le recensement initial de la population de Mlomp a été l'occasion de recueillir l'histoire génésique des femmes présentes au moment du recensement ainsi que des informations sur la survie de leurs enfants. Il est ainsi possible d'estimer la mortalité infanto-juvénile des enfants nés avant la mise en place de l'observatoire (figure 3.13).

Figure 3.13.

Évolution de la mortalité avant 5 ans de 1930 à 1985 à Mlomp, par période quinquennale



Source (Pison *et al.*, 1993) : histoires génésiques des femmes recueillies au moment du recensement initial en 1984-1985 (annexe 3.13) (p = 95 %).

Comme pour les enquêtes démographiques et de santé, la reconstitution des niveaux est soumise à différents biais (cf. chapitre 1) et les niveaux de mortalité y sont certainement sous-estimés du fait que ce sont les enfants des femmes vivantes qui ont été dénombrés. Il manque en particulier les enfants orphelins de mère qui ont probablement une chance de survie moindre que les autres, surtout si le décès de la mère survient tôt dans la vie de l'enfant (Kanté, 2003). Les informations permettent de remonter jusqu'en 1930-1934, et même si l'intervalle de confiance est assez large (entre 250 et 440 ‰), le risque de mourir avant le cinquième anniversaire à cette époque est élevé, de l'ordre de 335 ‰. Entre 1930-1934 et 1955-1959, le niveau de mortalité infanto-juvénile oscille entre 330 et 380 ‰. À partir de 1960-1965, on voit très nettement une rupture par rapport aux périodes précédentes, avec un risque de décéder avant le cinquième anniversaire qui diminue constamment pour atteindre

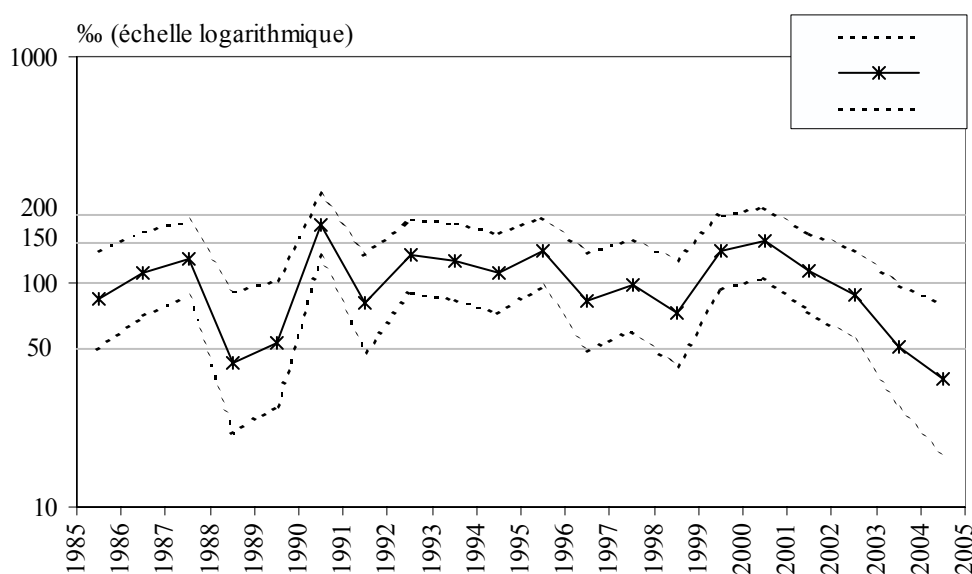
moins de 130 ‰ en 1980-1984 ($IC_{95} \% = [106,7 ; 154,1]$). Jusqu'au milieu des années 1980, la mortalité des enfants de Mlomp a donc beaucoup diminué. Le chapitre suivant nous éclairera sur cette baisse qui a coïncidé avec le développement des infrastructures sanitaires au village : principalement, le dispensaire et la maternité villageoise (Pison *et al.*, 1993). Au début des années 1980, la mortalité avant 5 ans est bien plus faible que celle observée au niveau national en milieu rural et équivaut à celle estimée en milieu urbain : respectivement 250 et 135 ‰ en 1976-1985 d'après la première enquête démographique de santé réalisée au Sénégal (Ndiaye *et al.*, 1988).

- *Mais hausse dans les années 1990*

Depuis 1985, la mortalité est estimée à partir du suivi démographique grâce à l'application des modèles de durée utilisés pour l'analyse biographique (annexe 3.14). L'évolution annuelle de la mortalité infanto-juvénile montre que le risque de décéder avant 5 ans est soumis à d'importantes variations annuelles allant d'un minimum observé en 2004 de 37,3 ‰ ($IC_{95} \% = [16,9 ; 81,2]$) à un maximum en 1990 de 178,2 ‰ ($IC_{95} \% = [130,1 ; 241,3]$) mais ces variations ne sont pas significatives d'une année sur l'autre, excepté pour 1990 (figure 3.14). Le pic de mortalité observé en 1990 est lié à la cérémonie de circoncision-initiation qui a eu lieu à l'hivernage de cette année-là. On peut aussi observer qu'à partir des années 2000 le niveau de mortalité diminue progressivement, les quatre dernières années du suivi constituant la période la plus longue de baisse continue (figure 3.14 ; annexe 3.15).

Figure 3.14.

Évolution annuelle du quotient de mortalité infanto-juvénile à Mlomp, depuis 1985



Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.15 ; $p = 95 \%$).

Le regroupement des années par période permet d'étudier plus aisément l'évolution de la mortalité depuis le début du suivi. Sur toute la période couvrant le suivi démographique, du 1^{er} janvier 1985 au 31 décembre 2004, le quotient de mortalité infanto-juvénile est estimé à 101,1 ‰ mais l'intervalle qui lui est associé est assez large, lié au faible nombre de décès¹⁵ (tableau 3.3). Si on analyse le niveau de mortalité avant 5 ans par période quinquennale, on observe de grandes variations de son niveau avec une augmentation significative entre 1985-1989 et 1990-1994 où le risque de décéder avant le cinquième anniversaire atteint 125,6 ‰ contre 84,9 ‰ dans la première période. La différence est significative avec un seuil critique de 0,6 ‰. À partir de 1995, les niveaux sont de nouveau plus bas, et celui de la période 2000-2004 atteint presque celui de 1985-1989 (tableau 3.3 ; figure 3.15).

Tableau 3.3.

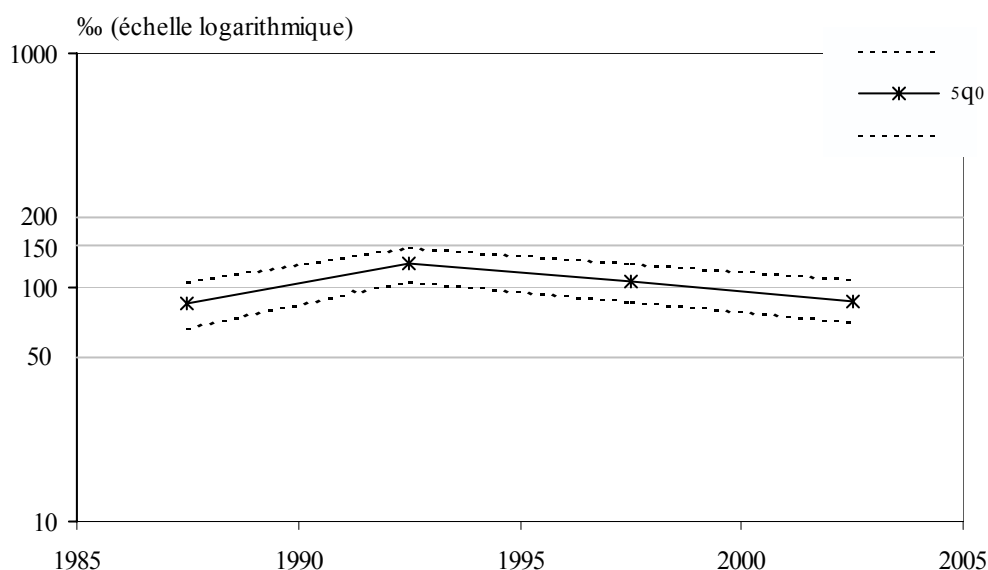
Évolution du quotient de mortalité infanto-juvénile à Mlomp, par période (en ‰)

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	1985-2004
s_{q0}	84,9	125,6	105,2	87,9	101,1
[IC- ; IC+]	[68,0 ; 105,8]	[105,6 ; 149,0]	[86,4 ; 127,8]	[71,0 ; 108,5]	[91,6 ; 111,6]
Nombre de décès	72	113	90	78	353

Source : base de données Mlomp, 2005 (p = 95 %).

Figure 3.15.

Évolution du quotient de mortalité infanto-juvénile à Mlomp, par période quinquennale



Source : base de données Mlomp, 2005 (p = 95 %).

¹⁵ Nous utilisons les intervalles de confiance bien que nous travaillions sur une population de manière exhaustive, il ne s'agit pas ici d'un effet aléatoire lié à l'échantillonnage mais au nombre d'événements observés.

Étant donné des niveaux relativement élevés de 1992 à 1994 (figure 5.14), le niveau de mortalité de la période 1990-1994 resterait supérieur à celui de 1985-1989 mais pas de façon significative s'il n'y avait pas eu de pic de surmortalité en 1990 (annexe 3.16).

- *La mortalité avant 5 ans reste relativement faible pour une zone rurale*

À Mlomp, la mortalité avant 5 ans est inférieure à celle observée dans d'autres observatoires de population rurale au Sénégal puisque à Bandafassi, le risque de décéder avant 5 ans s'élevait encore à près de 240 ‰ à la fin des années 1990 tandis qu'à Niakhar, le niveau de mortalité infanto-juvénile était de 130 ‰ en 2003 (Guyavarch, 2003 ; Lévi *et al.*, 2004). Le niveau de mortalité infanto-juvénile observé à Mlomp reste donc globalement bas : la dernière enquête représentative au niveau national estime à 171 ‰ le risque de décéder avant le cinquième anniversaire en milieu rural pour la période 1989-1998 alors que Mlomp connaît pour cette même période un quotient de 107,7 ‰ (IC₉₅ ‰ = [94,0 ; 123,1]). Toutefois, alors que le niveau de Mlomp était équivalent à celui estimé en milieu urbain au début des années 1980, il ne l'est plus dans les années 1990 puisque le milieu urbain connaît sur la période 1989-1998 un quotient un peu plus faible que celui de Mlomp avec 92 ‰ (Sow *et al.*, 1999a).

- *L'espérance de vie à 15 ans diminue*

Tableau 3.4.

Évolution de l'espérance de vie à la naissance et à 15 ans à Mlomp, par période

(en années)	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	1985-2004
e ₀	63,8	59,5	60,0	59,4	60,5
[IC- ; IC+]	[61,6 ; 66,0]	[57,2 ; 61,7]	[57,9 ; 62,0]	[57,4 ; 61,4]	[59,4 ; 61,4]
e ₁₅	55,9	54,2	53,4	51,9	53,7
[IC- ; IC+]	[54,0 ; 57,8]	[52,3 ; 56,1]	[51,6 ; 55,1]	[50,2 ; 53,6]	[52,8 ; 54,5]

Source : base de données Mlomp, 2005 (p = 95 %).

Alors que pour le pays, les Nations Unies (2002a) estiment à 51 ans l'espérance de vie à la naissance pour la période 1995-1999, la population de Mlomp connaît, sexes confondus, une espérance de vie qui atteint 60 ans (IC₉₅ ‰ = [59,4 ; 61,4]), soit environ 9 années de plus pour la même période (tableau 3.4). Même si on peut émettre des réserves sur l'estimation indirecte de l'espérance de vie des Nations Unies, celle observée à Mlomp est sans aucun doute plus élevée que l'espérance de vie effective du pays, surtout en zone rurale. À titre de comparaison, l'espérance de vie à la naissance est bien supérieure à celles observées dans les

deux autres sites ruraux de suivi démographique : elle n'est que de 53 ans à Niakhar en 1996-2003 et de 48 ans à Bandafassi en 1996-2000 (Lévi *et al.*, 2004 ; Guyavarch, 2003).

Sur toute la période du suivi, l'espérance de vie à 15 ans est estimée à 53,7 ans (IC_{95 %} = [52,8 ; 54,5]). Elle est supérieure à celle observée à Bandafassi : 49,3 ans en 1996-2000 (Guyavarch, 2003) ; mais elle est sensiblement équivalente à celle de Niakhar : 53,2 ans sur la période 1996-2003 (Lévi *et al.*, 2004). La mortalité adulte à Mlomp n'est donc pas particulièrement faible, contrairement à ce qu'on pourrait penser au regard des niveaux de la mortalité avant 5 ans.

La mortalité adulte a constamment augmenté depuis le début du suivi : entre 1985-1989 et 2000-2004, l'espérance de vie à 15 ans a perdu 4 années (IC_{95 %} = [0,4 ; 7,6]), passant de 55,9 à 51,9 ans. Dans la dernière période, la mortalité adulte a été fortement marquée par le naufrage en 2002 du « Joola », mais la tendance d'une dégradation s'observe dès 1990-1994.

- *L'évolution de la mortalité peut-elle être un artefact ?*

Notre étude s'appuie sur le constat d'un frein aux progrès en matière de mortalité. On doit légitimement se poser la question de la fiabilité de cette observation. Existe-t-il des biais méthodologiques qui pourraient interférer sur l'évolution de la mortalité d'une année ou d'une période à l'autre ?

L'espérance de vie à 80 ans telle qu'elle est observée a beaucoup varié au cours de la période, avec un niveau particulièrement élevé dans les années 1980 puisqu'elle dépasse 7 années de durée de vie moyenne (tableau 3.5). Il est possible que cette différence soit plus liée à des problèmes d'observation de la mortalité aux grands âges qu'à une réelle diminution du niveau. Une première correction que nous proposons est de ne pas considérer la mortalité observée à partir de 80 ans et d'appliquer l'espérance de vie à cet âge proposée dans un modèle standard pour calculer l'espérance de vie globale. La table standard des Nations Unies donne pour une espérance de vie à la naissance équivalente à 60 ans, une espérance de vie à 80 ans de 4,7 ans (Nations Unies, 2002b).

Tableau 3.5.

Évolution de l'espérance de vie à 80 ans à Mlomp, par période

(en années)	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	1985-2004
e ₈₀	7,4	7,4	5,4	4,9	5,9
[IC- ; IC+]	[5,4 ; 9,4]	[5,2 ; 9,6]	[4,2 ; 6,5]	[4,1 ; 5,7]	[5,3 ; 6,6]

Source : base de données Mlomp, 2005 (p = 95 %).

Un autre phénomène a attiré notre attention : celui du naufrage du bateau le « Joola » en septembre 2002. Il a eu pour conséquence le dénombrement de 55 décès parmi la population de Mlomp, soit 70 % du nombre annuel moyen de décès¹⁶. Parmi ces décès, 20 personnes sont entrées dans la population au moment de l'hivernage soit dans les cinq mois précédents. Depuis le début du suivi en 1985, la proportion de décès recensés successifs à une immigration dans les 5 mois précédents est de moins de 5 % (annexe 3.17). Le naufrage est une expérience collective très traumatisante pour les villageois, celle-ci ayant probablement induit un effet de sur-déclaration de personnes du village décédées dans le naufrage. Ces personnes sont très probablement originaires du village mais elles n'auraient sans doute pas été déclarées au passage de février 2003 comme présentes à Mlomp au moment de l'hivernage si elles n'étaient pas décédées lors du naufrage. Il apparaît donc important de ne pas sur-représenter le phénomène en enlevant de l'analyse certains décès du « Joola ». Pour cela, nous décidons de ne pas tenir compte de ces 20 personnes venues à l'hivernage et décédées juste après, ainsi que d'un nouveau-né, enfant d'une femme de ce groupe d'individus. Le tableau 3.6 présente les niveaux de mortalité observés en 2000-2004 selon que l'on prend ou non en compte ces 21 observations pour la dernière période.

Tableau 3.6.

Niveaux de mortalité en 2000-2004 avec ou sans effet « Joola »

	2000-2004	
	Ensemble de la population	Population sans les 21 individus du « Joola »
${}_5q_0$ (‰)	87,9 [71,1 ; 108,6]	85,7 [69,0 ; 106,1]
${}_{45}q_{15}$ (‰)	288,4 [243,4 ; 339,7]	267,1 [222,7 ; 318,4]

Source : base de données Mlomp, 2005 (p = 95 %).

Par ailleurs, la collecte des données a toujours été identique au fil des années. Si le protocole d'enquête a pu entraîner des différences, ce serait surtout au démarrage de l'observation : entre le recensement et les deux années suivantes, temps nécessaire pour intégrer dans la population les migrants qui reviennent régulièrement au village (figure 3.8). En fait, la structure de la population a varié au fil des années, notamment par rapport au statut résidentiel, et elle s'est enrichie d'individus absents durant la saison sèche (figure 3.3). Ainsi,

¹⁶ Calculé sur les 19 années du suivi de 1985 à 2004 sans tenir compte de 2002 (voir annexe 3.1).

lorsque l'on observe le gonflement de la population liée à la cérémonie qui s'est tenue en hivernage 2001 (figure 3.1), on peut se demander si le suivi des visiteurs au moment de l'hivernage est pertinent, au sens où il aurait pu entraîner des biais sur les années suivantes. Pour cela, on compare le niveau de mortalité en éliminant de la population de droit toutes les personnes entrées en observation à l'hivernage 2001 pour le *bukut* et qui ont été exclues au 15/02/2004 si elles ne sont pas revenues depuis, ou plus tôt si elles sont décédés avant (il y a eu 910 migrations liées au *bukut* de 2001 dont 747 individus qui ne sont pas revenus dans les deux années suivantes). Il est aussi nécessaire de ne pas tenir compte des enfants nés vivants recensés de mères observées durant ces deux années et faisant partie des personnes enlevées de l'analyse (14 naissances). Le tableau 3.7 permet de comparer les niveaux de mortalité observés en 2000-2004 pour la population totale d'une part et sans les visiteurs du *bukut* de l'hivernage 2001 d'autre part. Les niveaux de mortalité entre 0 et 5 ans puis entre 15 et 60 ans sont sensiblement équivalents. Il n'est donc pas nécessaire de les enlever de la population¹⁷.

Tableau 3.7.

Niveaux de mortalité en 2000-2004 avec ou sans les visiteurs du *bukut*

	2000-2004	
	Population	Population sans les visiteurs du <i>bukut</i>
${}_5q_0$ (‰)	85,7 [69,0 ; 106,1]	84,2 [67,7 ; 105,0]
${}_{45}q_{15}$ (‰)	267,1 [222,7 ; 318,4]	268,1 [221,6 ; 322,2]

Source : base de données Mlomp, 2005 (p = 95 %).

- *Y a-t-il entrave à la transition de la mortalité ?*

L'utilisation d'une mortalité type à plus de 80 ans plus élevée et la non prise en compte de 21 décès dus au naufrage du « Joola » ne modifie pas fondamentalement le niveau de l'espérance de vie à la naissance ou à 15 ans (tableau 3.8).

¹⁷ Nous analyserons la mortalité selon le statut migratoire dans les chapitres d'analyse de la mortalité différentielle.

Tableau 3.8.

Évolution de l'espérance de vie à la naissance et à 15 ans à Mlomp, par période
Données corrigées

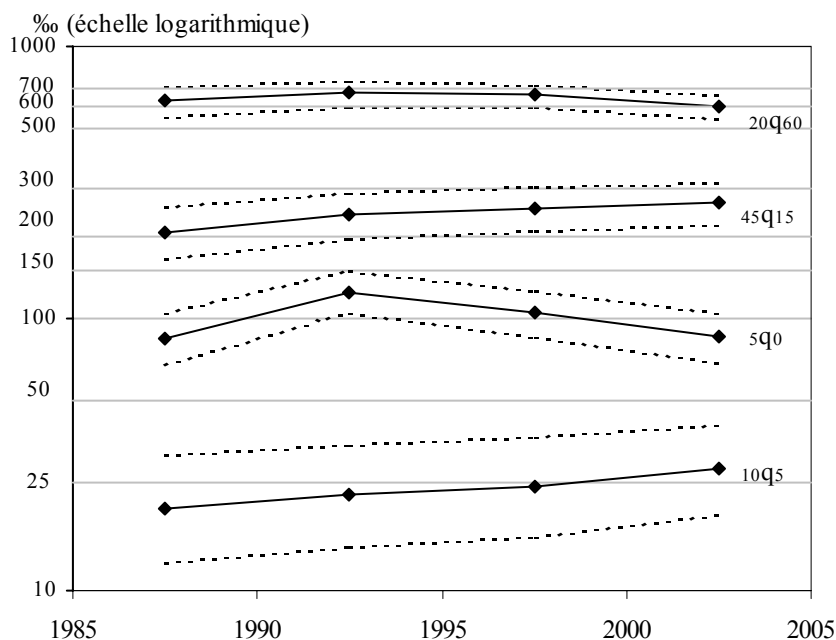
(en années)	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	1985-2004
e_0	63,1	58,9	59,8	60,6	60,5
[IC- ; IC+]	[61,2 ; 65,0]	[56,9 ; 61,0]	[57,9 ; 61,8]	[58,8 ; 62,5]	[59,6 ; 61,5]
e_{15}	55,1	53,6	53,2	52,8	53,6
[IC- ; IC+]	[53,6 ; 56,7]	[51,9 ; 55,2]	[51,6 ; 54,8]	[51,3 ; 54,3]	[52,8 ; 54,4]
e_{80}	4,7				

Source : base de données Mlomp, 2005 (p = 95 %).

Depuis 1985, la mortalité n'a pas évolué de la même façon selon les âges (figure 3.16) : elle a été particulièrement forte dans la période infanto-juvénile durant le début des années 1990 mais depuis elle a de nouveau diminué et atteint le niveau observé dans les cinq premières années du suivi. Par contre, la mortalité des adultes entre 15 et 60 ans a augmenté sur les quatre périodes quinquennales, et elle pèse lourd dans l'évolution de la mortalité globale (annexe 3.18).

Figure 3.16.

Risques de décéder entre différents anniversaires à Mlomp,
par période quinquennale



Source : base de données Mlomp, 2005 (annexe 3.18 ; p = 95 %).

* *
*
*

La hausse du niveau de mortalité constatée au début des années 1990 a interrompu les progrès observés depuis le début des années 1960 pour les enfants. Ainsi, on observe à Mlomp une situation paradoxale. La mortalité avant 5 ans y est bien plus faible que dans les autres régions rurales du pays, et la mortalité était particulièrement basse à la fin des années 1980. Le niveau a ensuite augmenté, même si l'on ne tient pas compte du pic de mortalité constaté en 1990. On peut supposer qu'il y a eu à Mlomp une entrave à la transition de la mortalité alors qu'elle était particulièrement bien entamée. Ce ralentissement des progrès a touché les enfants dans le début des années 1990 à l'instar que ce qu'on a pu observer au niveau national (cf. chapitre 1) mais elle touche aussi les adultes.

3. Conclusion

Tout comme la fécondité, la mortalité à Mlomp est spécifique et se démarque du reste du monde rural africain. Les niveaux de mortalité observés sont relativement bas du fait d'une baisse spectaculaire de la mortalité avant 5 ans qui a commencé au début des années 1960. En 1985-1989, le risque de décéder avant le cinquième anniversaire était estimé à 85 ‰ alors qu'en milieu rural sénégalais, le niveau était de l'ordre de 180 ‰ (Ndiaye *et al.*, 1994). La différence était donc considérable, surtout aux jeunes âges alors que les niveaux de mortalité des adultes observés à Mlomp semblent équivalents à ceux d'un autre observatoire de population du Sénégal rural, celui de Niakhar. Malgré cela, le début des années 1990 marque une rupture par rapport aux progrès antérieurs : même si la mortalité avant 5 ans reste plus faible qu'ailleurs, les habitants de Mlomp connaissent une mortalité qui varie beaucoup à cause de facteurs conjoncturels comme en 1990 (cérémonie de circoncision) ou en 2002 (nauffrage du « Joola »). Mais les enfants comme les adultes sont touchés à des niveaux et des périodes différentes par des hausses de la mortalité.

Cette situation est donc très préoccupante, surtout si on la replace dans le contexte international présenté dans le premier chapitre avec la remise en cause de la transition sanitaire dans les pays du Sud. Pour pouvoir comprendre pourquoi le niveau de mortalité est si bas dans les années 1980, il faut s'intéresser à l'offre de soins, moderne et traditionnelle, disponible au niveau local.

CHAPITRE 4. LE DISPOSITIF SANITAIRE AU SÉNÉGAL ET À MLOMP

Dans le premier chapitre, nous avons mis en avant le rôle crucial et moteur du développement des progrès médicaux dans la baisse de la mortalité infanto-juvénile. Connaître le dispositif sanitaire de Mlomp et son histoire permet de comprendre l'évolution de la mortalité avant 5 ans que nous avons présentée dans le chapitre précédent. Dans un premier temps, nous présentons le programme national de santé qui s'appuie sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé depuis l'indépendance du Sénégal. Ce programme national a fortement influencé le programme local. Nous verrons ainsi comment l'ouverture de la maternité villageoise, la mise en place de séances de pesées et de vaccinations, les « causeries » organisées par le dispensaire sur les questions de santé et d'alimentation des enfants sont autant d'initiatives qui ont répondu aux volontés du gouvernement. Cette présentation est l'occasion de porter notre attention sur le programme de lutte contre le paludisme qui fait l'objet d'une vigilance toute particulière dans une zone fortement endémique. L'apparition et le développement de résistances à *Plasmodium falciparum* à la fin des années 1980 a complètement remis en cause l'organisation qui paraissait jusque-là plus que satisfaisante. Depuis, les stratégies de lutte contre le paludisme sont plus difficiles à mettre en place.

1. Le système de santé sénégalais : vers une meilleure couverture du territoire

1.1. L’empreinte de la conférence de Alma Ata

- *Un modèle initial inadapté*

Comme dans la plupart des pays d’Afrique subsaharienne, le système de santé du Sénégal au lendemain de son indépendance a été calqué sur le modèle des pays colonisateurs et essentiellement basé sur les soins délivrés en milieu hospitalier. L’accès aux soins était donc surtout accessible à la population urbaine. La population rurale, quant à elle, faisait l’objet de programmes sanitaires verticaux, plus ponctuels et ciblés sur un thème de santé, menés par des équipes mobiles du Service des Grandes Endémies : éradication de la variole, contrôle de la lèpre, surveillance de la croissance et distribution de compléments alimentaires, vaccinations et lutte contre le paludisme. La conférence de Alma Ata va profondément modifier cette stratégie.

- *La priorité à l’accès aux soins de santé primaires*

À la suite de la conférence de Alma Ata en 1978, le Sénégal a concentré ses efforts pour décentraliser les infrastructures hospitalières et surtout développer l’accès aux soins primaires en zone rurale. De nombreux agents de santé et matrones¹ ont été formés, des postes de santé et des maternités ont été ouverts, avec une volonté d’impliquer les communautés villageoises (Pison *et al.*, 1997b). Entre 1960 et 1993, le nombre d’hôpitaux a plus que triplé mais, avec l’évolution démographique, le nombre d’habitants par lit hospitalier a augmenté. Un centre de santé dirigé par un médecin, a été ouvert dans chaque chef-lieu de département. Ces centres de santé constituent les hôpitaux de référence pour les postes de santé du département. Le nombre de postes de santé pris en charge par un infirmier a considérablement augmenté. Au niveau local, de nombreuses cases de santé ont été ouvertes à l’initiative des communautés rurales, mais elles souffrent de problèmes de fonctionnement et notamment de la mobilité des agents de santé qui y travaillent (Sénégal, 1995). La conférence de Alma Ata a été particulièrement influente pour la construction de maternités villageoises en zone rurale (tableau 4.1). De façon générale, les autorités sénégalaises essaient de suivre les recommandations de l’Organisation mondiale de la santé.

¹ Nom donné aux sages-femmes.

Tableau 4.1.
Évolution du nombre d'infrastructures sanitaires depuis 1960

Infrastructure	1960 ^(a)	1980 ^(a)	1988 ^(a)	1993 ^(b)	2003 ^(c)
Hôpitaux	5	12	16	17	18
Habitants par lit	1300	1580	1650	2109	-
Centres de santé	34	35	47	52	54
Postes de santé	201	376	659	714	828
Cases de santé	200	-	-	986	1776
Maternités rurales	0	189	502	526	
Population (en millions)	3,1	5,6	6,9	7,9	-

Sources : (a) Pison *et al.*, 1997b ; (b) Sénégal, 1995 ; (c) Poutrain *et al.*, 2005.

1.2. Un dispositif axé sur la santé de la reproduction...

La politique de soins de santé primaires s'attache tout particulièrement aux soins de la mère et de l'enfant, dans le cadre de la santé de la reproduction, avec l'objectif d'améliorer l'accès à la planification familiale, de suivre les grossesses grâce à l'organisation de consultations prénatales et de permettre aux femmes d'accoucher dans de bonnes conditions sanitaires.

- *La planification familiale*

La planification familiale s'inscrit dans une volonté d'assurer la diffusion des méthodes contraceptives afin de permettre aux femmes et aux couples de pouvoir espacer et limiter leurs naissances comme ils l'entendent. En 1999, d'après la dernière enquête sénégalaise, l'ESIS, la plupart des femmes et des hommes, respectivement 87 et 93 %, connaissaient une méthode contraceptive moderne. Concernant la pratique, 18,4 % des femmes en union en 1999 ont eu recours au moins une fois à une de ces méthodes (surtout la pilule). La proportion est très variable selon le milieu de résidence urbain/rural et le niveau d'instruction (Sow *et al.*, 1999a), caractéristiques très corrélées entre elles.

- *Les consultations prénatales*

Dans les structures locales, les matrones et/ou les infirmiers(ères) ont mis en place des séances de consultations prénatales destinées aux femmes enceintes de la zone. Entre 1993 et 1999, 82 % des grossesses survenues ont été suivies au moins une fois en consultation prénatale (76 % en milieu rural). C'est au cours de ces consultations que les femmes reçoivent un vaccin antitétanique pour protéger le nouveau-né du tétanos néonatal. Mais peu de

grossesses ont fait l'objet de trois consultations prénatales comme recommandé par l'OMS (Sow *et al.*, 1999a).

- *L'accouchement en maternité*

Nous avons déjà évoqué l'ouverture des premières maternités rurales dans les années 1970 et 1980 ainsi que leur développement (tableau 4.1). Assurer la possibilité aux femmes d'accoucher dans de bonnes conditions sanitaires est en effet un des objectifs du programme sanitaire. Les risques d'affections de la mère et de l'enfant s'en trouvent très fortement réduits même si elles ne permettent pas toujours d'assurer les soins nécessaires en cas de complications. Sur les naissances survenues entre 1993 et 1999, près de 50 % ont eu lieu dans un établissement sanitaire, mais la proportion n'est que de 32 % en milieu rural (Sow *et al.*, 1999a).

1.3. ... et sur la santé des jeunes enfants

- *Allaitement et nutrition des enfants*

L'allaitement au sein est une pratique universelle au Sénégal et concerne 96 % des enfants nés entre 1993 et 1999, avec une durée médiane de 21 mois (Sow *et al.*, 1999a). Il existe trois types d'allaitement : exclusif, complété par de l'eau ou par d'autres aliments. Depuis 2001, l'OMS préconise un allaitement exclusif durant les 6 premiers mois (cette durée était jusque-là de 4 mois). Mais dès la naissance, la plupart des enfants boivent de l'eau en complément, et rapidement, du lait frais ou en poudre. En revanche, les aliments sont plus tardivement introduits dans l'alimentation (Sow *et al.*, 1999a). Une attention particulière est aussi portée à l'allaitement initial qui fournit au nouveau-né des anticorps. Or, dans certaines sociétés, le premier lait est traditionnellement jeté. Ainsi, seulement un quart des enfants nés entre 1993 et 1999 ont été allaités dans l'heure qui suit leur naissance et seulement 61 % dans les premières 24 heures (Sow *et al.*, 1999a).

En 1969, le Programme de protection nutritionnelle et sanitaire (PPNS) avait pour objectif de lutter contre la malnutrition. Deux dispositifs ont été mis en place : de façon ponctuelle mais régulière, des campagnes destinées à donner aux enfants des doses de vitamine A ; de façon continue, un suivi mensuel du poids des jeunes enfants dans les dispensaires et centres de santé afin de déceler les problèmes de malnutrition. Dans l'ensemble, peu d'enfants sont pesés mensuellement, puisque cela concerne 11 % des enfants

de 0 à 36 mois en 1999 et seulement 7 % des enfants vivant en milieu rural (Sow *et al.*, 1999a).

- *Le plan élargi de vaccinations (PEV)*

Avant 1978, outre les centres de protection maternelle et infantile, principalement urbains, qui permettaient de vacciner de façon régulière les enfants, des campagnes de vaccinations étaient organisées de façon ponctuelle (notamment lors de périodes épidémiques). Ces journées nationales de vaccination (JNV) continuent d'être ponctuellement organisées : en 1997, pour vacciner les enfants contre la poliomyélite ou en 2003 contre la rougeole.

Depuis 1981, un important programme a été mis en place visant à améliorer la couverture vaccinale des enfants, particulièrement en milieu rural. Le Plan élargi de vaccination inclue la lutte contre sept maladies : tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et fièvre jaune ; et contre l'hépatite B depuis 1999. L'objectif du programme est d'atteindre une couverture vaccinale de 80 % des enfants avant leur premier anniversaire. Chaque centre de santé a en charge de s'assurer de la couverture vaccinale des enfants et des femmes enceintes habitant dans un rayon de 15 km. En outre, des équipes mobiles ont la responsabilité des populations qui ne sont pas intégrées dans ces aires géographiques.

Les deux premières enquêtes démographiques (EDS-I et EDS-II) ont permis de montrer une nette progression de la couverture vaccinale complète des enfants âgés de 12 à 23 mois, passant de 21 à 49 % entre 1986 et 1992-1993 (Ndiaye *et al.*, 1988 et 1994). Les enfants sont surtout bien vaccinés contre la tuberculose (plus de 80 %), le BCG ne faisant l'objet que d'une seule injection dans les trois semaines après la naissance. Il existe néanmoins beaucoup de disparités régionales (Sénégal, 1995). Mais si les résultats paraissent satisfaisants jusqu'en 1995, la dernière enquête démographique a révélé une dégradation de la couverture vaccinale : en 1999, la proportion d'enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu tous les vaccins du PEV n'atteint plus que 42 % et seulement 30 % des enfants de moins de 1 an sont complètement vaccinés tel que le recommande l'OMS (Sow *et al.*, 1999a). Cette situation se révèle préoccupante dans les deux zones rurales de Niakhar et de Bandafassi (Delaunay *et al.*, 2001 ; Guyavarch, 2003).

- *Le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)*

Le paludisme est endémique au Sénégal (encadré 4.1) et représente une des principales causes de décès d'enfants. En outre, il constitue un important coût pour la société du fait de l'importante morbidité qui lui est associée. Les accès palustres seraient en effet la première cause de consultations dans les infrastructures sanitaires, à hauteur de 30 % (Sénégal, 1995).

Encadré 4.1.

Paludisme et faciès épidémiologiques au Sénégal

Le paludisme est une maladie dont les caractères épidémiologiques sont très variables. En effet, la croissance des espèces de moustiques (vecteurs du parasite) varie selon la pluviosité et le développement du parasite dépend de la température. Les larves de moustiques vivent dans des eaux ensoleillées telles les flaques, les petites mares, les marécages et les rizières. La prévalence du paludisme dépend donc beaucoup du climat (répandu en zone tropicale et subtropicale avec augmentation de l'incidence en saison des pluies) et de l'environnement (savane, déforestation, rizières, fleuve d'eau douce ou saumâtre). En résumé, chaleur et humidité sont deux facteurs favorables au paludisme.

Selon les régions, la transmission du paludisme chez l'homme (nombre de piqûres infectantes reçues) est plus ou moins intense et régulière. Le paludisme est stable et endémique si la transmission est constante, instable et épidémique si celle-ci est inhabituelle. On distingue schématiquement trois faciès épidémiologiques : (i) les zones équatoriales et tropicales sont caractérisées par un paludisme stable (transmission intense et permanente) ; (ii) les zones sahéniennes sont de stabilité intermédiaire (recrudescence saisonnière) ; (iii) les zones désertiques, australes et de montagne sont marquées par un paludisme instable (transmission faible et épisodique à caractère épidémique).

L'impact sur la morbidité et la mortalité du paludisme dépend des caractéristiques de la zone impaludée. Dans les zones à paludisme stable, les hommes peuvent acquérir progressivement une prémunition, à force d'infections multiples et régulières. Elle n'empêche pas la survenue de la maladie mais diminue la fréquence des accès palustres et permet d'éviter le décès. Cette prémunition ne s'acquiert qu'au prix d'une mortalité élevée chez les jeunes enfants : dans les zones d'endémie moyenne ou forte, le risque d'être malade et surtout celui de décéder après 5 ans est faible. Mais la prémunition peut disparaître si le sujet ne vit plus en zone impaludée. La prémunition est d'autant moins forte que la transmission est faible et irrégulière. Aussi, dans les zones de faible endémie ou à caractère épidémique, la morbidité et la mortalité qui sont liées au paludisme touchent tous les âges.

Au Sénégal, la transmission palustre s'effectue principalement pendant la saison des pluies et les périodes de transition avec la saison sèche. La durée de la saison des pluies et l'intensité des pluies varient selon la région : dans les zones sahéniennes et soudano-sahéniennes (le Nord), l'intensité de la transmission est faible ou très faible alors qu'en zone soudano-guinéenne, elle est moyenne (le Sud-Est) à forte (le Sud-Ouest). La prise en compte des divers paramètres impliqués dans la transmission et l'endémicité palustre permet de distinguer au Sénégal, un faciès tropical et un faciès sahélien. Au niveau local, ces deux faciès peuvent être modifiés par les infiltrations d'eau saumâtre sur le littoral, l'urbanisation et les aménagements hydro-agricoles.

Sources : Baudon, 2000 ; Carnevale et Mouchet, 1990.

La fréquence des accès palustres est très importante dans le Sud du pays en raison de la forte pluviométrie et elle est très élevée en saison de pluies. La lutte contre cette maladie a bénéficié de nombreux programmes sanitaires.

Dès 1953, plusieurs régions ont fait l'objet de pulvérisations domiciliaires de DDT qui n'ont toutefois pas abouti à de réels progrès.

En 1957, et surtout à partir de 1963 avec le programme de « chloroquinisation », la lutte contre le paludisme s'est fondée sur la chimioprophylaxie* à base de chloroquine qui semble

avoir été plus efficace même si la diminution de la pluviométrie à partir de 1972 a aussi pu jouer un rôle (Garenne *et al.*, 1985). En 1979, ce programme s'est intégré à la politique de soins de santé primaires telle qu'elle a été redéfinie à la suite de la conférence de Alma Ata : la chloroquine est devenue le traitement préventif des jeunes enfants et des femmes enceintes, le traitement présomptif des accès de fièvre, et le traitement curatif des accès palustres. La population a été incitée à acheter de la chloroquine pour en avoir à domicile et pratiquer l'automédication.

Mais la mauvaise observance de cette prophylaxie ainsi que le développement d'une résistance du parasite à la chloroquine ont limité l'efficacité de ce programme. Au niveau national, la résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine a en effet dépassé le seuil de 25 % à partir duquel l'OMS conseille d'abandonner cette molécule en tant que traitement de première ligne.

Depuis 2003, le Programme national de lutte contre le paludisme a décidé d'adopter un traitement curatif qui consiste en une combinaison de deux médicaments antipaludéens ne connaissant pas de résistance dans cette zone géographique : amodiaquine (Camoquin®), sulfadoxine* et pyriméthamine* (Fansidar®). En comprimé ou en sirop, la posologie varie selon le poids de la personne. En cas de complications avec vomissement, la quinine* en injection intramusculaire reste recommandée (Paluject®). Un traitement préventif ponctuel des femmes enceintes est aussi prévu. À partir du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'à l'accouchement, la femme enceinte doit prendre un traitement mensuel de Fansidar®. Relativement récent, ce nouveau protocole n'est pour l'instant pas appliqué partout dans le pays. Les modifications de stratégies sont assez problématiques compte tenu du coût des nouveaux traitements et de leur accessibilité (Marquet, 2003). Ce nouveau traitement est plus cher que celui à la chloroquine mais l'association de deux molécules permet de minimiser les risques de résistance, qui serait dans ce cas croisée (Trape, 2001a).

La lutte contre le paludisme a aussi été relancée par la mise en oeuvre en 1998 d'une stratégie mondiale appelée « Roll Back Malaria »² (OMS, 1998b) qui insiste sur les autres moyens de prévention comme l'utilisation des moustiquaires imprégnées et la prise en charge rapide et adaptée des enfants malades.

² « Faire reculer le paludisme ».

- *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : les maladies diarrhéiques*

Les maladies diarrhéiques constituent une autre des principales causes de décès des enfants au Sénégal. Suivant les recommandations de l'OMS, le pays s'est engagé dans un programme de Traitement de réhydratation par voie orale (TRO) : utilisation de sachets de sel de réhydratation (SRO) ou solution d'eau sucrée et salée. Au cours des deux semaines précédant l'enquête de santé de 1999, 23 % des enfants de moins de 5 ans avaient connu au moins un épisode diarrhéique. Dans la grande majorité des cas, les enfants n'avaient pris aucune des deux formes de traitement, particulièrement en milieu rural. Toutefois, la fréquence des traitements a augmenté par rapport à l'EDS-III puisqu'elle est passée entre 1997 et 1999 de 15 à 20 % pour les sachets de réhydratation et de 24 à 35 % pour l'usage de l'eau sucrée et salée (Sow *et al.*, 1999a).

1.4. Programmes de santé destinés à la population générale

- *Le programme national de lutte contre le sida (PNLS)*

Avec un taux de prévalence parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans estimé à 1,43 % en 1999, le Sénégal est un des pays d'Afrique les moins touchés par l'épidémie de sida comme c'est le cas de façon générale en Afrique de l'Ouest (ONUSIDA et OMS, 2003). Face à la pandémie du VIH/sida, le Sénégal a mis en place en 1988 le Programme national de lutte contre le sida. Comme dans la plupart des pays d'Afrique, le VIH se transmet principalement par voie hétérosexuelle ou de la mère à l'enfant. Ce sont sur ces deux fronts que se concentrent les efforts de prévention.

Quatre objectifs ont été fixés en 1998 (Desclaux *et al.*, 2002) :

- renforcer les efforts de prévention (mobilisation communautaire, prévention de la transmission sanguine, prise en charge renforcée des infections sexuellement transmissibles, prévention de la transmission de la mère à l'enfant) ;
- améliorer la prise en charge des personnes infectées par le VIH (le Sénégal est le premier pays d'Afrique subsaharienne à mettre en place un programme public de distribution de médicaments antirétroviraux) ;
- surveiller l'évolution de l'épidémie et évaluer l'impact des interventions ;
- développer les recherches opérationnelles.

D'après l'enquête sénégalaise de santé de 1999, la maladie est connue par 99 % de la population urbaine et par 92 % des femmes et 96 % des hommes vivant en milieu rural. Les

moyens de prévention les plus cités sont la fidélité, le préservatif (cité surtout par les hommes) puis le fait d'éviter les partenaires multiples, les injections, les transfusions et les prostituées. Parmi les répondants de l'enquête de santé de 1999, 40 % ont aussi cité un autre moyen comme éviter des instruments coupants et souillés, les piqûres de moustiques ou d'embrasser. Le niveau de connaissance est surtout lié au niveau d'urbanisation et d'instruction (Sow *et al.*, 1999a).

- *Les autres programmes nationaux*

Cinq autres programmes nationaux de santé³ sont définis par le Ministère de la santé :

- la lutte contre la bilharziose⁴ : c'est une affection parasitaire très répandue dans les zones tropicales. Au Sénégal, en termes de morbidité, la bilharziose uro-génitale représente la seconde endémie liée à un parasite après le paludisme. Une forme intestinale de la bilharziose sévit également sous forme épidémique dans le delta du fleuve Sénégal suite aux projets d'aménagement hydro-agricole.

- la lutte contre la cécité : avec une prévalence estimée à 1,4 %, le Sénégal s'est doté d'un programme décennal en 1999. Les principales causes de ce handicap sont la cataracte, le trachome, le glaucome, les opacités cornéennes et l'onchocercose.

- la lutte contre l'onchocercose : appelée aussi « cécité des rivières », l'onchocercose est une maladie parasitaire qui atteint surtout les yeux. Elle n'est cependant actuellement plus un problème de santé publique au Sénégal.

- la lutte contre la lèpre : la polychimiothérapie recommandée par l'OMS a permis de diminuer le taux de prévalence au dessous du seuil d'élimination, passant de 0,9 pour 10 000 en 1995 à 0,51 pour 10 000 en 1999. Le programme a trois principaux objectifs : contrôler l'endémie lépreuse ; prévenir les invalidités chez les malades nouvellement dépistés ; et prévenir les invalidités chez les anciens malades de la lèpre.

- la lutte contre la tuberculose : la tuberculose, assez contagieuse, atteint surtout les jeunes adultes (15-44 ans). L'objectif du programme est d'améliorer la guérison des cas de tuberculose à microscopie positive (TPM+).

³ Présentés sur le site du ministère sénégalais de la santé : <http://www.sante.gouv.sn>.

⁴ Ou schistosomiase : maladie parasitaire causée par les larves de la bilharzie (ver trématode (*schistosoma*) hébergé par des mollusques d'eau), qui affecte le foie, la vessie, l'intestin, les poumons et les vaisseaux sanguins de l'homme.

- *Une médecine « inhospitalière » ?*

En anthropologie de la santé, une littérature abondante porte actuellement sur les dysfonctionnements des systèmes de santé dans les pays d’Afrique, notamment en Afrique de l’Ouest et particulièrement en milieu urbain. À cause du manque de moyens, de personnel, de formations, parce que le système ne permet pas de prendre en charge des malades démunis ou d’expliquer aux patients leurs souffrances, ou encore parce que le discours des médecins dans la médecine allopathique n’est pas compris, les infrastructures sanitaires peuvent être considérées comme « inhospitalière » pour les malades et leurs proches (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Vidal *et al.*, 2005 ; Fassin, 2000). La gestion de la santé au Sénégal, et plus généralement en Afrique subsaharienne, doit tenir compte de la multiplicité des représentations qui coexistent et des différentes possibilités de soins qui s’offrent aux individus. Ces derniers peuvent consulter dans les infrastructures sanitaires mais peuvent aussi acquérir des médicaments sur des marchés parallèles, consulter un guérisseur ou un marabout, se soigner eux-mêmes ou encore ne pas se soigner du tout. Dans le chapitre suivant, l’étude du recours aux soins nous permettra de revenir sur cet aspect dans le cas particulier de Mlomp.

* *
*
*
*

Malgré les efforts du gouvernement en matière de santé, la mortalité juvénile a cessé de baisser au cours de la dernière décennie du 20^e siècle et les principales causes mises en avant dans la remontée de la mortalité des enfants au Sénégal sont : le développement de la résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine qui a donné lieu à une modification du programme de lutte contre le paludisme ; la dégradation de la couverture vaccinale qui suppose une moindre protection contre les maladies évitables par vaccination ; ainsi que le maintien à un niveau élevé des maladies infectieuses intestinales comme causes de mortalité chez les enfants.

Par ailleurs, la mortalité avant 5 ans est toujours beaucoup plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain (cf. chapitre 1 : figure 1.6). Mais les différences de mortalité infanto-juvénile sont aussi marquées au sein même du milieu rural : schématiquement, le Sud présente une mortalité infanto-juvénile plus élevée que le Nord, la pluviométrie pouvant en partie expliquer ce contraste⁵. Pourtant, le département d'Oussouye où se situe Mlomp fait exception puisqu'il était à la fin des années 1980 caractérisé par un niveau de mortalité infanto-juvénile plus faible que la moyenne du Sud (Pison *et al.*, 1997b). Pour expliquer cela, on met en avant le rôle de l'action sanitaire locale (Pison *et al.*, 1993).

⁵ La pluviométrie est d'autant plus influente qu'avec la vaccination, la mortalité des enfants est devenue plus dépendante de maladies parasitaires, favorisées par l'humidité.

2. Le dispositif sanitaire à Mlomp

2.1. Description des infrastructures de santé

Mlomp n'échappe pas au manque de moyens sanitaires en zone rurale. Ainsi, les habitants de Mlomp doivent aller à Oussouye pour pouvoir consulter le médecin de l'hôpital et à Ziguinchor pour disposer d'un service de chirurgie en milieu hospitalier. Néanmoins, avec un dispensaire, une maternité et une case de santé, les infrastructures sont plutôt bien développées localement. Dans la zone de Mlomp, le dispensaire et la maternité occupent une place assez centrale géographiquement. Ainsi, les habitations sont au plus loin à environ 2 km à vol d'oiseau de ces deux structures.

- *L'activité du dispensaire*

Avant 1961, les habitants du village devaient se rendre à Oussouye pour pouvoir se faire soigner et durant les deux années précédant la création du dispensaire, des infirmières se rendaient 3 fois par semaine à Mlomp pour donner des consultations (Pison *et al.*, 1990). Mais la population avait surtout recours à la médecine traditionnelle. Depuis la création du dispensaire en 1961, une infirmière travaille de façon permanente et les consultations sont quotidiennes. Au fil du temps, l'activité du dispensaire s'est intensifiée : l'infirmière est assistée par un aide infirmier et par une aide laborantine⁶ et le dispensaire est équipé d'une salle de consultations et de soins, d'un laboratoire, d'une pharmacie et de lits d'hospitalisation. Différents tests peuvent y être effectués : test de la goutte épaisse pour détecter la présence et mesurer la densité du *Plasmodium falciparum* dans le sang ; analyse des selles ; analyse de sang pour dépister une anémie ou pour déterminer la vitesse de sédimentation ; analyse du crachat pour détecter le bacille de Koch (tuberculose) ; analyse des urines (albumine, glucose) ; dépistage de certaines IST (gonococcie). Le test du VIH ne peut y être effectué mais l'infirmière délivre une ordonnance pour le réaliser à l'hôpital. En cas d'urgence, les malades sont amenés (ou référés) par l'infirmière du dispensaire vers l'hôpital d'Oussouye. Ils peuvent aussi être évacués vers celui de Ziguinchor qui dispose d'une salle d'opération.

⁶ En 2002, en plus de l'infirmière, trois personnes travaillaient au dispensaire : un aide infirmier, une aide laborantine et une autre personne qui gère les consultations et les prescriptions (sorte de trésorier et pharmacien). Le personnel est salarié, travaillant à temps partiel. Les aides laborantins suivent une formation annuelle de quinze jours ou un mois à Dakar.

À titre indicatif, le tarif pour une consultation au dispensaire s'élevait à 100 francs CFA (0,15 €) pour un adulte et 50 francs CFA (0,08 €) pour un enfant en septembre 2002. Les patients doivent également payer les tests de laboratoire (200 francs CFA, soit 0,30 €) et les médicaments. En cas d'extrême pauvreté, le dispensaire assure la gratuité des soins.

- *Le rôle de la maternité villageoise*

Depuis sa création en 1968, la maternité villageoise accueille les femmes au moment de leur accouchement et organise des séances hebdomadaires de consultations prénatales. S'y rendent les femmes de Mlomp mais également de trois autres villages avoisinants. En 2000, la maternité disposait de près d'une dizaine de lits ainsi que d'une chambre de soins permettant d'hospitaliser les femmes enceintes. Deux matrones se relaient toutes les 48 heures pour assurer une permanence. Pour respecter les interdits liés à la grossesse qui relèvent du domaine strict des femmes⁷ chez les animistes, les hommes n'y sont généralement pas acceptés : la femme et son enfant, qui ne doivent pas être vus avant la tombée du cordon ombilical, restent quatre ou cinq jours à la maternité⁸. Si la femme présente des signes de complication lors d'une consultation ou de l'accouchement (césarienne, anomalie...), la femme et/ou le bébé sont évacués à Oussouye par l'infirmière et si besoin est à Ziguinchor par l'ambulance de l'hôpital d'Oussouye (Pison *et al.*, 2001).

La quasi-totalité des femmes de Mlomp accouchent à la maternité villageoise. Entre 1985 et 2005, seulement 11 des 2 562 accouchements (hors fausse couche) qui ont eu lieu à Mlomp se sont produits hors de la maternité, dont 5 se sont produits sur le chemin entre le domicile et la maternité. Au Sénégal, moins de 33 % des naissances en milieu rural entre 1993 et 1998 ont eu lieu dans un établissement sanitaire mais c'est le cas de 81 % des naissances de mères diolas (Sow *et al.*, 1999a). Cette proportion corrobore l'hypothèse selon laquelle venir accoucher dans un établissement n'est pas en contradiction avec l'accouchement traditionnel : auparavant, les femmes diolas accouchaient à l'écart du village dans une *kalamba* constituée d'une hutte entourée d'une cour (Enel *et al.*, 1993).

S'agissant des consultations prénatales⁹, la plupart des femmes qui accouchent à Mlomp s'y rendent trois, voire quatre fois, pendant leur grossesse, et très peu de femmes n'y vont pas. Entre février 2003 et février 2004, plus de 90 % des femmes ont consulté au moins 3 fois (tableau 4.2).

⁷ Pour plus de détails sur l'interdit lié à l'accouchement, voir Journet, 1994.

⁸ Le prix du séjour à la maternité pour l'accouchement, les soins apportés à la mère et à l'enfant ainsi que la visite postnatale au bout d'une semaine revenait à 2 500 francs CFA (3,81 €) en 2000.

⁹ Une consultation prénatale coûtait 400 francs CFA (0,61 €) en 2000.

Tableau 4.2.

Nombre de consultations prénatales précédant les accouchements
qui ont eu lieu à Mlomp entre février 2003 et février 2004

Nombre de consultations prénatales	Effectifs	Pourcentage
inconnu	4	3
Aucune consultation	1	1
1 consultation	1	1
2 consultations	7	6
3 consultations	67	58
4 consultations	32	28
5 consultations	1	1
6 consultations	3	2
Total	116	100

Source : base de données Mlomp, 2005.

La société diola assimile la femme en couches à un guerrier et le premier enfant né vivant permet aux femmes d'accéder au statut de femme. À l'opposé, une femme qui n'a pas d'enfant ou qui n'arrive pas à les garder en vie a une position sociale très difficile. Elle est exclue des associations de femmes et privée d'identité sexuelle (Journet, 1994). Le *kañaalen* est à ce titre un rituel à vertu thérapeutique particulièrement illustratif : les femmes qui n'ont pas d'enfant ou des enfants qui meurent précocement (stérilité primaire et secondaire, avortements répétés, décès d'enfants en bas âge) doivent subir le *kañaalen* comme une réparation afin d'écarter le mauvais sort qui agit sur elles. La femme est enlevée ou s'enfuit de son village. Si elle peut enfanter, son départ se fait le plus souvent juste après un accouchement, en espérant prévenir le nouveau-né d'une mort prématurée. Elle part ainsi vivre durant plusieurs années dans un autre village d'adoption en tant qu'*añaalena*. Elle s'y retrouve assujettie, affublée de haillons et de manière ridicule, baptisée avec un nom de *kañaalen* (désignant son malheur, de dérision ou encore obscène) et portant des attributs rituels particuliers (collier, cordelette autour de la taille, bâton sculpté et calebasse en coiffe). Si la femme a un enfant avec elle, son enfant portera aussi un nom de *kañaalen*. Durant son séjour, elle doit adopter un comportement bouffon, poussant à la raillerie. La femme et l'enfant deviennent ainsi méconnaissables (nouveau village, nouvelle identité, nouvelle famille) pour les mauvais esprits ou les sorciers et peu enviables, donc moins susceptibles de provoquer la jalousie. L'*añaalena* reste toujours suspectée d'être elle-même la responsable de ce mauvais sort, surtout si celui-ci perdure après avoir commencé le *kañaalen*. Si le groupe

des femmes considère qu'elle a transgressé des interdits (comme avoir des relations sexuelles) ou participé au malheur qui tombe sur sa propre descendance, son châtement peut être très lourd, l'exil ou même la mort (Journet, 1994 ; Fassin, 1986).

Dans cette perspective, on peut donc penser que les femmes diolas ont de manière générale compris que l'accouchement à la maternité et les consultations prénatales apportaient des chances supplémentaires de ne pas subir le *kañaalen*. C'est du moins ce qu'a observé Didier Fassin en milieu urbain où les femmes (ou plutôt les couples) essaient d'éviter ce rituel et se tournent vers la médecine allopathique (1987). En effet, l'amélioration des conditions sanitaires réduit les risques pour la mère et pour l'enfant et donc la possibilité de devoir réaliser le *kañaalen*. Cet effet de recours à la médecine allopathique pour éviter un tel rituel reste actif durant toute la petite enfance, ce qui peut aussi jouer sur l'attention des femmes à la santé de leurs enfants comme nous le verrons ultérieurement concernant la vaccination de ces derniers.

- *Les autres possibilités de recours aux soins allopathiques*

Les habitants peuvent se rendre à la case de santé de *Kajinool* qui s'est ouverte en 2000, à l'initiative des habitants de ce village qui voulait leur propre structure de santé¹⁰. L'agent de santé qui y travaille procure essentiellement des soins de santé primaires.

Certains malades vont directement consulter le médecin d'Oussouye à l'hôpital, et quelques femmes de Mlomp accouchent à la maternité d'Oussouye. Il y a aussi une pharmacie où les habitants de Mlomp peuvent se rendre pour acheter des médicaments. Les malades peuvent aussi partir vivre à Dakar ou à Banjul en Gambie pour bénéficier des offres de soins qu'ils ne trouvent pas sur place.

2.2. Suivi des jeunes enfants : pesée et vaccination

- *Séances de pesée des enfants et lutte contre la malnutrition*

Depuis 1969, dans le cadre du PPNS, le dispensaire organise des séances mensuelles de pesée des enfants de moins de 3 ans (de moins de 5 ans avant 1985). Tous les mois, l'enfant est pesé, son poids est représenté sur un graphique et la courbe pondérale doit se situer dans le « chemin de la santé » (Enel, 2000). C'est d'autant plus important à Mlomp où le paludisme est endémique puisque l'infection de la femme enceinte perturbe le développement du fœtus

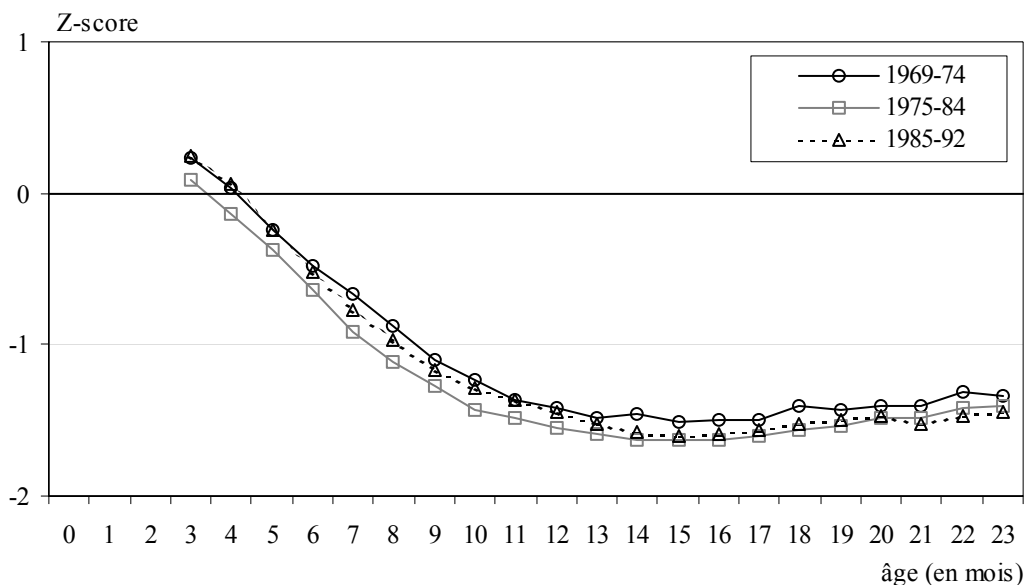
¹⁰ Bien que *M'Lomp* et *Kajinool* soient agglomérés et regroupés au sein d'une même communauté rurale, l'appartenance à chacun des deux villages est marquée.

et entraîne une diminution du poids de l'enfant à la naissance. Ainsi, dans les zones endémiques d'Afrique, « la maladie serait responsable de 30 % des cas de faible poids observés chez le nouveau-né » (Loury, 2005). Ce suivi permet aux infirmières de surveiller l'état de santé des enfants et de repérer d'éventuels signes de malnutrition ou de mauvaise santé. Sur la période 1985-1992, le taux de couverture de ces séances est estimé à près de 90 % pour les enfants ayant entre 3 et 23 mois en période de saison sèche¹¹ (Pinchinat *et al.*, 2004). L'infirmière et les matrones de la maternité recommandent fortement aux femmes de suivre la consigne officielle sénégalaise qui est l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ainsi que de ne pas jeter le premier lait. À Mlomp, la durée médiane d'allaitement se situe entre 19 et 20 mois (Pison *et al.*, 2001).

La conservation des registres a permis de reconstituer l'évolution de l'indice poids-pour-âge depuis la mise en place de ces séances de pesée. C'est un indicateur classique et simple pour mesurer le retard de croissance et estimer la prévalence de la sous-nutrition. Le poids d'un enfant selon son sexe et son âge est comparé à une distribution de référence établie par WHO/NCHS à partir d'un échantillon d'enfants en bon état nutritionnel (Hamill *et al.*, 1979). Malgré la continuité et la longévité du suivi, il n'y a pas eu d'amélioration du poids-pour-âge au cours du temps (la moyenne ayant même diminué). Le z-score est la différence entre le poids-pour-âge moyen et la moyenne de référence de WHO/NCHS. L'insuffisance pondérale est supposée lorsque le z-score est inférieur à -2. À Mlomp, cet indicateur a une valeur moyenne minimale vers l'âge de 15 mois, quelle que soit la période considérée (figure 4.1). La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de Mlomp est comparable à celle des enfants du Sénégal, elle atteint en effet son maximum parmi les enfants âgés de 15 mois avec 33,2 % (IC₉₅ % = [31,5 ; 34,9]) (Pinchinat *et al.*, 2004).

¹¹ Au moment de l'enquête annuelle.

Figure 4.1.
Statut nutritionnel^(a) par âge et par cohorte des enfants
suivis par le programme de pesée de Mlomp



^(a) le statut nutritionnel est estimé par le Z-score.
Source : Pinchinat *et al.*, 2004.

On administre également de façon régulière aux enfants du village des doses de vitamine A dont la carence entraîne des problèmes de malnutrition et favorise la survenue de maladies telles que le paludisme, la rougeole, les infections respiratoires et les maladies de peau. À titre illustratif, 675 enfants de 6 mois à 5 ans de Mlomp/Kajinoon ont reçu de la vitamine A en 2002/2003.

- *Le programme de vaccination*

Avant le début des années 1970, il n'y avait généralement pas de vaccinations à l'exception d'opérations ponctuelles comme la campagne nationale de vaccination contre la rougeole de 1967-1969. Différentes épidémies de rougeole, de poliomyélite, de choléra, de coqueluche ou encore de méningite faisaient des victimes parmi les enfants du village. À partir de 1971, le dispensaire a organisé des séances de vaccinations contre la rougeole, puis à partir de 1972, contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (DTCP). En 1975, ces vaccinations sont devenues régulières et couvrent désormais presque tous les enfants du village. Depuis 1982, date du lancement du PEV, le dispensaire organise une

séance de vaccination par mois¹². En mars 2001, le vaccin contre l'hépatite B qui faisait auparavant l'objet d'opérations ponctuelles est devenu systématique.

Le fait que les vaccinations se font en plusieurs fois représente un inconvénient majeur pour le suivi des enfants durant tout le protocole de vaccination (tableau 4.3). L'infirmière y est très vigilante mais les nombreuses migrations des femmes ne rendent pas faciles ce travail. Des personnes ont été désignés dans chaque quartier comme « relais de santé »¹³ pour veiller notamment à ce que tous les enfants du quartier aillent bien aux séances de vaccination. Étant donné que toutes les femmes accouchent à la maternité, tous les enfants sont enregistrés dès leur naissance dans le registre d'accouchement par l'infirmière qui organise les séances de vaccination. Cela lui permet de vérifier si les nouveau-nés sont par la suite bien amenés au dispensaire pour être vaccinés. Au cas où elle ne voit pas une mère faire vacciner son nouveau-né, elle peut avertir un des « relais de santé ».

Par ailleurs, les journées nationales de vaccination (JNV), dont la stratégie est le porte à porte, ont aussi été menées : administrations de polio orale ou injections de vaccin contre la rougeole (JNV du 15/01/2003 au 24/01/2003 par exemple). C'est l'occasion pour le dispensaire de repérer d'éventuels enfants du village non couverts par le PEV.

Tableau 4.3.

Protocole de vaccination des enfants au dispensaire de Mlomp en février 2004

8, 15 ou 21 j	2 mois	3 mois	4 mois	9 mois
BCG polio orale (1) hépatite B (1)	DTC (1) polio (2) hépatite B (2)	DTC (2) polio (3) hépatite B (3)	DTC (3) polio (4)	rougeole fièvre jaune

La couverture vaccinale des enfants de Mlomp est donc excellente, surtout si on la compare avec le reste du pays où la vaccination complète des enfants n'atteint que 32,8 % en milieu rural. Les enfants d'ethnie diola sont de manière générale mieux vaccinés que les autres avec une proportion de 57,6 % (Sow *et al.*, 1999a). On peut rappeler ici l'intérêt des femmes diolas à recourir à l'infrastructure sanitaire moderne pour protéger leurs enfants d'un décès prématuré. Sur l'ensemble des enfants nés à Mlomp entre 1995 et 1999, toujours

¹² En fait, ce sont deux séances que le dispensaire organise par mois, une pour chacun des deux villages de Mlomp. Les mères payent 100 francs CFA par séance de vaccination.

¹³ Ces hommes et femmes occupent généralement une position sociale reconnue dans le quartier.

vivants à 18 mois et restés au village, 98 % ont été entièrement vaccinés avant l'âge de 18 mois, 92 % avant l'âge de 1 an (annexe 4.1).

- *Les causeries organisées par le dispensaire*

Les séances de pesée et de vaccination sont l'occasion d'informer les mères sur la santé de la mère et de l'enfant (l'allaitement, les soins, la prévention du paludisme...) par le biais des « causeries » animées par les matrones de la maternité qui sont des femmes du village et qui s'adressent aux autres femmes en diola. Étant donné que les femmes viennent aux séances, elles assistent généralement aussi aux causeries. Les entretiens menés en septembre 2003 auprès de femmes qui s'y rendaient ont montré que les principaux sujets retenus sont, outre l'alimentation, ceux concernant l'entretien et l'hygiène de l'enfant. Beaucoup d'entre elles citent aussi le fait qu'il faut protéger l'enfant contre certaines maladies, essentiellement les infections intestinales et le paludisme. L'exemple de cette femme, mère de 8 enfants, le dernier étant âgé de 7 mois, qui a retenu de ces causeries les leçons sur la propreté, la purification de l'eau et la prévention contre les parasites, est assez typique :

« De ce que je me rappelle, c'est surtout l'entretien des enfants : il faut être propre, que l'enfant soit propre, ne pas laisser l'enfant aller vers la pluie surtout quand le sable est mouillé parce qu'il y a des vers partout. Ça donne des maladies. Et l'eau pour boire, il faut bien filtrer l'eau et mettre quelques gouttes de javel dans les canaris. Et les moustiques aussi donnent des maladies il faut les protéger, mettre des moustiquaires » (entretien, Mlomp).

2.3. La lutte contre le paludisme

- *Faciès épidémiologique de Mlomp*

Mlomp est une zone dont le faciès épidémiologique est tropical à paludisme stable (encadré 4.1) (Laboratoire de paludologie, IRD – Dakar, 2000). La transmission est à recrudescence saisonnière longue, de 6 à 8 mois, avec un taux d'inoculation entomologique¹⁴ entre 100 et 400 piqûres d'anophèles infectées par homme et par an mais avec une dynamique saisonnière très importante. Ce faciès épidémiologique implique une morbidité très élevée, surtout en saison des pluies. En 1989, 24 517 consultations ont été effectuées au dispensaire

¹⁴ « Le taux d'inoculation entomologique (*entomological inoculation rate*, EIR) est considéré comme le paramètre entomologique reflétant le mieux la transmission du paludisme. Par définition, il est le résultat du produit entre le taux de piqûres (une estimation de la densité de vecteurs par homme) et l'indice sporozoïtique (une estimation de la proportion de vecteurs avec des parasites à un stade infectieux dans les glandes salivaires). Le taux d'inoculation entomologique est exprimé en nombre de piqûres d'anophèles infectés par homme et par unité de temps (une nuit, un mois, une année) » (Robert, 2001).

(non comprises les visites de contrôle), ce qui fait une moyenne de 67 consultations par jour, avec un minimum en janvier de 39 et un maximum en octobre de 102, cette variation étant essentiellement due à la fréquence des accès palustres durant la saison des pluies (Pison *et al.*, 1990). À Mlomp, la prémunition apparaît entre 5 et 10 ans et la morbidité est plus importante en saison des pluies. Dans les populations semi-immunes comme à Mlomp, les jeunes enfants sont les seuls exposés aux formes graves de la maladie, et une faible proportion des accès palustres entraînera un décès.

- *L'utilisation de la chloroquine depuis les années 1960 jusqu'en 1993*

La chloroquine est restée pendant longtemps le traitement essentiel pour lutter contre le paludisme. La forte morbidité ainsi que la mortalité attribuables au paludisme ont incitées les infirmières à traiter les accès palustres avec ce médicament dès l'ouverture du dispensaire¹⁵. En 1975, un important programme de chloroquinisation a été lancé (Pison *et al.*, 1990 ; Sokhna *et al.*, 1997). Il consistait en un traitement préventif (ou chimioprophylaxie¹⁶) et un traitement présomptif :

- Le traitement préventif consistait à ce que les habitants du village prennent de façon régulière et par automédication de la chloroquine pendant toute la durée de la saison des pluies, de mai à novembre¹⁷.

- Le traitement présomptif consistait à considérer tout cas de fièvre comme un accès palustre. Les familles étaient incitées à stocker chez elles des comprimés afin de soigner le plus rapidement possible les accès palustres¹⁸.

¹⁵ À la fin des années 1960, traitement avec Nivaquine® en comprimés (chloroquine) et Quinoforme® en injections (quinine).

¹⁶ La chimioprophylaxie empêche de faire des crises mais n'empêche pas l'impaludation.

¹⁷ Les enfants entre 3 mois et 5 ans (3 ans après 1985), devaient prendre ½ à 2 comprimés de Nivaquine® par semaine, les adultes, 3 comprimés.

¹⁸ Comprimés distribués gratuitement lors des séances de pesée puis au prix de 100 francs CFA pour 20 comprimés en 1990.

Tableau 4.4.

Présence du *Plasmodium falciparum* dans le sang dans la population^(a)
(saison sèche / saisons des pluies, 1989)

% de tests positifs (présence du parasite)	Enfants de moins de 15 ans (n= 800)		Adultes de plus de 20 ans (n=172)
	0-6 ans	7-14 ans	
Mars 1989 (fin de saison sèche)	3 %	5 %	-
Octobre 1989 (fin de saison des pluies)	3 %	10 %	12 %

^(a) : estimation à partir d'échantillons représentatifs d'enfants de 0-14 ans et d'adultes de plus de 20 ans.

Source : Pison *et al.*, 1990.

En 1963, l'indice plasmodique¹⁹ qui permet d'estimer la prévalence du paludisme dans la population avait été estimé à 50 % chez les enfants en saison des pluies d'après une enquête du Service de lutte antipaludique (SLAP²⁰, non publié). Or, celui-ci était inférieur à 10 % durant la saison des pluies de l'année 1989 (tableau 4.4). Le programme de chloroquinisation semble donc avoir été efficace (Pison *et al.*, 1990).

Cette même année, des tests de goutte épaisse ont été réalisés auprès d'un échantillon de personnes venues consulter au dispensaire et présentant un accès de fièvre (supérieur ou égal à 38°C) : en saison sèche (mars-avril 1989), le *Plasmodium falciparum* était présent dans 10 % des cas alors qu'en saison des pluies (juillet-octobre 1989), cette proportion atteignait 50 % (Pison *et al.*, 1990). En 1992, une étude réalisée auprès de malades du dispensaire en novembre (période de l'année présumée de transmission maximale pour le paludisme) a montré que la prévalence parasitaire était toujours importante puisqu'elle atteignait 46 % chez les enfants et 38 % chez les adultes présentant un accès févreux (Sokhna *et al.*, 1997 ; Sane, 1994).

- *Apparition de la chloroquinorésistance et arrêt du programme en 1993*

Au Sénégal, l'émergence de la résistance *in vivo* de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine a été suspectée dès 1986 mais elle n'a été prouvée qu'en 1988 (Trape *et al.*, 1998). À Mlomp, des tests *in vivo* de chimiosensibilité à la chloroquine ont été effectués auprès de 140 malades consultant au dispensaire pour un accès simple à *Plasmodium falciparum* et déclarant ne pas avoir pris d'antimalarique au cours des 15 jours précédents, en octobre 1991,

¹⁹ Proportion de sujets examinés avec présence du parasite dans le sang.

²⁰ Le service de lutte antipalustre avait été créé au moment de l'indépendance sous la responsabilité de l'OCCGE (Organisation de coopération et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies créée en 1960 et regroupant 8 pays ouest africains).

octobre 1992, août 1993 et août 1994. La proportion de tests *in vivo* montrant une résistance parasitologique de *Plasmodium falciparum* a été de 49,6 % (Sokhna *et al.*, 1997).

Tableau 4.5.

Évolution à Mlomp de la prévalence du paludisme chez les enfants, de la proportion de souches chloroquino-résistantes, du nombre de consultations au dispensaire de Mlomp par paludisme présumé et des achats de quinine et de chloroquine

Année	Proportion d'enfants de moins de 15 ans porteurs du parasite dans le sang	Résistance <i>in vivo</i>	Malades paludisme	Quinine (amp. 400mg)	Chloroquine (c. 100 mg)
1988	4 %	0 %	4 388	600	45 000
1989	-	0 %	3 661	700	55 000
1990	6 %	(10 %)	4 958	900	90 000
1991	-	51 %	4 061	2 300	85 000
1992	46 %	49 %	4 451	6 300	125 000
1993	-	41 %	4 953	3 000	107 000
1994	51 %	57 %	6 095	4 000	96 000
1995	-	-	4 650	6 900	108 000
1996	-	-	-	-	-
1997	-	60 % *	-	-	-
Notes	Enquête par sondage au 1/3 dans la population, examen des gouttes épaisses.	(estimation)	Malades consultant au dispensaire de Mlomp pour un accès palustre (nouveaux cas seulement).	Traitements des patients consultant au dispensaire et achat de chloroquine par les villageois.	

Sources : Sokhna *et al.*, 1997 ; * laboratoire de paludologie, IRD-Dakar, 2000.

En 1993, ces études sur la chloroquino-résistance ont conduit le Comité local de santé à restreindre la chimioprophylaxie aux enfants de moins de 4 ans et aux femmes enceintes (Pison *et al.*, 1993). La proportion importante des échecs thérapeutiques avec la chloroquine à partir de 1990-1991 a entraîné une forte augmentation de l'utilisation de la quinine comme traitement de première ligne au dispensaire, mais également de la consommation de chloroquine, sans que l'on puisse observer une diminution de la morbidité palustre (tableau 4.5).

À partir de 1993, le personnel du dispensaire a incité la population à ne plus prendre de chloroquine en automédication. Tout accès de fièvre étant systématiquement considéré comme un accès palustre, celui-ci était traité par une combinaison d'aspirine et de

chloroquine pour les jeunes enfants, d'injections de quinine²¹ en cas de forte fièvre et pour les adultes. Ce traitement durait 3 jours. Si une congestion pulmonaire était associée à l'accès palustre, l'infirmière devait perfuser le patient. À la maternité, en cas de fièvre, les matrones administraient du paracétamol et un traitement antipaludéen identique à celui donné au dispensaire à la femme, du paracétamol ainsi qu'une petite cuiller de chloroquine en sirop au nourrisson.

Mais ce schéma thérapeutique n'était pas satisfaisant puisque l'infirmière et les médecins chercheurs de l'Institut français de recherche pour le développement (IRD) qui travaillent sur ce thème ont continué de constater des résistances entraînant parfois le décès des jeunes enfants sous traitement. La résistance à la chloroquine n'a jamais cessé de se développer et atteint 60 % en 1997 (laboratoire de paludologie, IRD – Dakar, 2000). En outre, sur les gouttes épaisses réalisées auprès des patients du dispensaire venus pour un accès fébrile, 62 % ne seraient en fait pas un accès palustre alors qu'ils ont été soignés comme tels et le traitement de plus en plus systématique de la quinine a fait diminuer sa sensibilité. Néanmoins, 38 % des 1 778 malades fébriles suivis en 2000-2001 avaient une goutte épaisse positive à *Plasmodium falciparum* (Sarassat, 2003²²).

- *Nouveau traitement thérapeutique depuis 1999*

Les alternatives possibles à la chloroquine sont peu nombreuses, plus coûteuses et moins certaines, elles peuvent également être concernées par la chimiorésistance. En 1999, une étude multicentrique a été mise en place pour tester un autre traitement combinant deux médicaments : amodiaquine et artésunate. Mlomp fait partie de la zone d'observation qui est définie sur le district d'Oussouye, il constitue 1/5^e de l'échantillon. En 1999, les traitements concernaient les enfants de moins de 10 ans, en 2000/2001, toute la population pendant la saison des pluies et depuis 2002, toute la population tout au long de l'année. Les chercheurs ont constaté 95 % d'efficacité à 28 jours contre 90 % avec la quinine et 50 % avec la chloroquine. Le traitement consiste en la prise de comprimés sur 3 jours, il est plus coûteux²³ mais il est moins douloureux (par rapport aux piqûres) et il a surtout une plus grande efficacité (guérison plus rapide) que les patients semblent avoir bien perçu surtout en saison des pluies qui correspond également à la période d'hivernage de forte activité rizicole (Brasseur *et al.*, 1999 ; Adjuik *et al.*, 2002). Toutefois, la quinine, associée à l'aspirine, reste

²¹ Paluject®.

²² Cité par Philippe Brasseur, communication personnelle.

²³ Son coût élevé représente d'ailleurs un problème majeur pour généraliser sa prescription dans le pays comme traitement présomptif ou de première intention (Marquet, 2003).

le traitement donné dans la majorité des cas de fièvre, y compris en cas de goutte épaisse négative²⁴. Le traitement artésunate-amodiaquine n'est pas encore systématique, mais il progresse : 14,4 % des traitements en 2002 contre 2,8 % en 1999 (Brasseur, 2004).

- *Incitation à la prévention : l'usage des moustiquaires imprégnées*

En parallèle à la mise en place d'un dispositif thérapeutique à vertu préventif, présomptif et curatif, l'organisation sanitaire locale incite la population à se munir de moustiquaires imprégnées surtout lors de la saison des pluies et pour protéger les jeunes enfants, les femmes enceintes et les nouveau-nés. À l'hivernage 2003, les moustiquaires imprégnées coûtaient 3 500 francs CFA (5,3 €).

2.4. Autres programmes

- *La lutte contre le sida, prise en charge par le PNLS*

Les habitants de Mlomp peuvent avoir reçu des informations émanant de différentes sources : médias nationaux ou régionaux, séances publiques de discussions organisées par le dispensaire ou par le PNLS. L'incidence du VIH a été estimée à 0,8 ‰ par an dans la population adulte de la zone de Mlomp sur la période 1990-1995 et ce taux est en légère augmentation depuis (Diop *et al.*, 2000). Le VIH/sida a fait l'objet d'une étude importante à Mlomp durant la période 1990-1995 (Lagarde, 1995 ; Pison *et al.*, 1993) : les connaissances sur le sida se seraient améliorées entre 1990 et 1994 malgré une forte proportion de personnes pensant que le VIH se transmet pas les piqûres de moustique, ce qui n'est pas surprenant dans un contexte où l'on encourage les habitants à s'en protéger à cause du paludisme. Les hommes migrants saisonniers auraient des comportements considérés comme à risque en termes de transmission potentielle, ainsi que les femmes non mariées (célibataires, veuves ou divorcées). La mobilité expose les individus au risque de transmission du VIH. Le préservatif reste plus fréquemment utilisé par les jeunes personnes instruites lors de rapports sexuels occasionnels.

- *La planification familiale*

C'est la sage-femme de l'hôpital d'Oussouye qui assure l'offre de planification familiale. Sinon, la case de santé de *Kajinool* vend des préservatifs, on peut aussi en trouver à la pharmacie d'Oussouye. L'enquête réalisée en 2000 a révélé une pratique de la

²⁴ Le test de la goutte épaisse mesure la densité parasitaire dans le sang, le résultat n'est donc pas booléen : un résultat négatif ne signifie pas absence de parasite, il peut être présent mais avoir une très faible densité.

contraception qui concernait 17 % des femmes âgées de 15 à 49 ans au moment de l'enquête. La fréquence varie grandement avec le statut de la femme : les femmes âgées de moins de 30 ans sans partenaire régulier n'ont pas recours à la contraception contrairement à celles qui sont célibataires avec un partenaire régulier (1/3 d'entre elles utilisent une méthode, principalement le préservatif). Les femmes de plus de 30 ans étaient 16 % à utiliser une contraception (dont 40 % l'abstinence périodique, 20 % le préservatif, 20 % la pilule, 20 % la stérilisation) (Pison *et al.*, 2001b ; Diouf, 2001).

* *
*
*

L'organisation sanitaire de Mlomp nous permet d'éclairer l'évolution de la mortalité observée à Mlomp : dans un premier temps, les progrès considérables qui ont été apportés à l'offre de soins, particulièrement celle offerte aux femmes enceintes et aux jeunes enfants coïncide avec la forte baisse de la mortalité avant 5 ans constatée durant les trois décennies 1960, 1970 et 1980 ; dans un second temps, la difficulté au cours des années 1990 du personnel médical à lutter contre le paludisme coïncide également avec l'arrêt de la baisse de la mortalité observée à partir des données de l'observatoire de population et de santé.

3. Conclusion

Au moment de son indépendance, le nouvel État sénégalais possédait un système de santé calqué sur celui de la France qui s'est avéré mal adapté à une population encore très rurale. Après la conférence de Alma Ata, le Sénégal, comme la plupart des pays en développement, met l'accent sur les soins de santé primaire et de proximité. Ce dispositif est principalement centré sur la santé de la reproduction et des enfants. Les préoccupations majeures sont le suivi des grossesses et les conditions d'accouchement, l'allaitement et la nutrition des enfants pour lutter contre les maladies diarrhéiques, la couverture vaccinale ainsi que le traitement du paludisme.

Le dispositif sanitaire de Mlomp est fortement empreint des directives nationales. Le dispensaire qui existe depuis 1961 offre des conditions de soins peu communes en milieu rural. Les infirmières qui se sont succédé ont assuré : le suivi vaccinal et pondéral de la quasi-totalité des enfants du village ; les consultations prénatales des femmes enceintes qui accouchent toutes à la maternité villageoise ; ainsi que les consultations quotidiennes pour toute la population. Le paludisme, endémique et responsable d'une très forte morbidité en saison des pluies à Mlomp, fait l'objet de toute l'attention du service de santé. Pendant longtemps, il a été traité avec la chloroquine mais avec l'apparition d'une chimiorésistance du *Plasmodium falciparum*, le traitement a été modifié : principalement à base de quinine actuellement, il est prévu qu'il soit remplacé par une combinaison de deux nouvelles molécules qui ont pour le moment une très bonne sensibilité.

Pour parfaire notre présentation du contexte sanitaire, il faut considérer les autres offres de soins dont disposent les habitants de Mlomp puisque les habitants ont aussi très souvent recours à la médecine traditionnelle.

CHAPITRE 5. LE RECOURS AUX SOINS À MLOMP

Ce chapitre a pour objectif de comprendre les logiques de recours aux soins des habitants du village. En effet, le dispensaire n'est pas la seule possibilité de se soigner pour les habitants : la fabrication de remèdes traditionnels, la consultation auprès d'un guérisseur sont aussi très fréquents et doivent être pris en compte pour avoir un aperçu global du contexte sanitaire de Mlomp. Dans le cadre du suivi démographique de la population, chaque décès donne lieu à une autopsie verbale (annexe 2.12). Dans la première partie du questionnaire, on invite le répondant, par une question ouverte, à raconter ce qui s'est passé avant la mort et à décrire les soins que le malade a reçus. Ces récits constituent une source extrêmement riche d'informations sur les modes de recours aux soins. Nous avons analysé plus d'une centaine d'histoires de maladies, celles des individus dont le décès a été recensé à Mlomp lors de l'enquête démographique de 2002 (décédés dans l'année écoulée).

Nous disposons ainsi d'un matériau original pour une étude qualitative puisque son usage premier n'est pas celui pour lequel nous l'exploitons ici. La source d'informations est néanmoins biaisée puisqu'elle repose sur l'histoire médicale des personnes décédées et n'inclut pas celle des malades qui ont survécu. Aussi, l'analyse de ces histoires a été complétée par celle d'entretiens¹ menés auprès de la population générale sur le thème du paludisme (connaissance et perception de la maladie, comportements de prévention et recours aux soins).

Dans un premier temps, nous nous attacherons à décrire les représentations de la maladie et de la mort dans la société traditionnelle diola, tout en restant vigilant sur la multiplicité des représentations qui peuvent coexister. Cette hétérogénéité peut en partie expliquer la diversité des différentes stratégies de recours qui ont été employées par ou pour les uns et les autres. Nous verrons comment de nombreux facteurs à la fois objectifs et subjectifs sont en jeu dans les comportements.

¹ Enquête qualitative réalisée en septembre 2003 auprès de 28 femmes et de 10 hommes de Mlomp ayant en charge des jeunes enfants, ainsi que d'un guérisseur (cf. chapitre 2 ; grilles d'entretiens présentées en annexe 2.13 et 2.14).

1. Représentations de la maladie et de la mort

1.1. *Le relatif désintérêt pour la cause biomédicale*

- *Pour comprendre, il faut être instruit*

Dans la plupart des cas rapportés dans le cadre des autopsies verbales, si le malade a été conduit au dispensaire ou à l'hôpital avant le décès, les proches ne connaissent pas le diagnostic de l'infirmière ou du médecin. De façon générale, rares sont celles et ceux qui en mentionnent un. Quand les malades ou leurs proches sont informés par les médecins des diagnostics - ce qui est loin d'être toujours le cas -, les personnes non instruites ont du mal à comprendre le discours des médecins. Ainsi, l'exemple de cette femme qui mentionne que sa mère décédée avait de la tension tout en précisant qu'elle ne sait pas ce que cela signifie :

« Elle était malade depuis longtemps. Au dispensaire, on lui disait qu'elle avait une grande tension mais je ne sais pas ce que cela veut dire. D'autre part, elle avait une plaie au pied qui tantôt guérissait, tantôt réapparaissait. Alors cette année, quand la plaie est apparue, elle a coïncidé avec sa maladie qu'ils disent tension » (autopsie verbale, Mlomp).

- *La désignation des maux*

À ce manque d'instruction, s'ajoute le problème de la traduction puisque tout le monde ne parle pas le français qui est la langue officielle. Certains mots ne trouvent pas d'équivalence en diola ou alors une équivalence peu précise, ce qui peut entraîner des confusions et une incompréhension du diagnostic (Jaffré, 1990). En outre, dans le terme français de maladie, il faut tenir compte des trois sens bien distingués en anglais : *illness* (les symptômes ressentis par le malade), *disease* (l'affection médicalement définie) et *sickness* (le statut de malade dans la société) (Fassin, 1990). En milieu traditionnel africain, la maladie au sens *disease* n'est pas utilisée, ce qui pose un problème fondamental de traduction et explique l'éventuel désintérêt pour la cause biomédicale.

- *Cause biomédicale et cause de la maladie*

La connaissance de la cause biomédicale n'est pas toujours considérée comme essentielle. Un diagnostic donné à une maladie n'a en effet pas forcément de sens. Ainsi, l'exemple rapporté par Doris Bonnet qui s'est intéressée aux maladies de l'enfant en pays mossi au Burkina Faso : « Il ne s'agit pas, alors, de déterminer avant tout quelle maladie nominativement a l'enfant, mais de connaître, d'identifier l'agent qui a provoqué cette maladie. D'où l'incompréhension de certains médecins occidentaux qui pensent rassurer la

mère de l'enfant en lui disant "votre enfant a telle maladie" "oui, mais pourquoi ?" répond la mère toujours aussi inquiète » (1988, p.77). La réalité biologique de la maladie de l'enfant ne correspond pas à la réalité sociale de l'enfant atteint, dans le cas par exemple où sa maladie est interprétée comme un trouble relevant du magique ou du religieux (Fassin, 1990). Il faut ainsi s'intéresser aux croyances traditionnelles pour essayer de discerner quelles sont les interprétations possibles de la maladie au sens non biomédical. C'est en effet le « piège médical », celui de « vouloir sans cesse rabattre les pratiques et représentations populaires de la maladie sur des catégories biomédicales. Or les catégories populaires et les catégories biomédicales ne sont pas superposables » (Olivier de Sardan, 1999a).

1.2. Étude des représentations

- *Représentation traditionnelle de la maladie et de la mort*

À Mlomp, les habitants sont majoritairement animistes², beaucoup sont aussi de confession catholique et quelques-uns musulmans. Différentes croyances se combinent comme ont déjà pu l'observer Louis-Vincent Thomas (1965) et Jacqueline Trincaz (1981). Elles ne se substituent pas et complexifient les systèmes de représentations et d'interprétations. Le fait d'être catholique n'est en effet pas contradictoire avec le fait de pratiquer un animisme coutumier. Les croyances traditionnelles sont importantes pour comprendre l'organisation de la société diola et les comportements des individus qui la composent, quelle que soit leur confession religieuse.

Bien que les représentations ne soient pas homogènes - elles sont au contraire multiples au sein d'une société -, elles restent marquées par les croyances véhiculées par les aînés. D'après Christian-Sina Diatta (1996), traditionnellement, deux éléments régissent l'univers : l'esprit et la force. Cette force vitale circule entre tous les éléments de l'univers qui constitue le cosmos. L'homme a une double nature, puisqu'il possède à la fois la force – qui relève de l'ordre du concret et du visible – et l'esprit – qui est du domaine de l'invisible et dote l'homme de la connaissance. Chaque personne a son double vivant dans le monde animal, son totem. Leur destin est solidaire. L'homme est ainsi relié à l'univers, ce qui donne un sens à sa vie, parce qu'ayant une responsabilité vis-à-vis de la nature, sa conduite interagit sur elle. L'homme est libre et maître de ses actes mais il apporte à la société dans laquelle il vit sa propre force qui n'est qu'une infime parcelle de la force divine, il contribue ainsi à la force du

² Bien que les Diola ne croient pas que toute chose soit à proprement parler « animée » (Trincaz ; 1981 ; Diatta, 1996).

groupe (Diatta, 1996). Il n'y a pas de contradiction entre le fait de reconnaître une origine biomédicale à une maladie et celui d'en chercher la racine dans un domaine tout autre, qui relève de la circulation des forces entre chaque élément de la nature et d'un déséquilibre à un instant donné de sa répartition (Diatta, 1996). Différents événements peuvent apporter malheur, maladie ou mort à un individu.

- *La maladie provoquée par un agent extérieur*

Une maladie peut avoir une origine maléfique, dans un contexte particulier. Par exemple, selon la façon dont elle se manifeste et si l'entourage, ou un des aînés, l'interprète comme tel. Dans ce cas, elle correspond souvent à l'un de ces quatre types d'agression que l'on retrouve généralement en Afrique de l'Ouest dans les groupes ethniques soudano-sahéliens : « la vengeance d'un ancêtre, la possession par un esprit, le maléfice d'un humain, l'attaque d'un sorcier » (Fassin, 1990). Il est ainsi possible de « capturer » une âme, les sorciers en ont le pouvoir. Mais le caractère maléfique n'est pas non plus toujours invoqué. Au cours d'un entretien, cet homme apporte une explication fataliste au décès précoce de certains enfants :

« ... Quelquefois aussi des petits enfants qui retournent comme on dit, c'est les enfants qui viennent et dont l'âme repart » (entretien, Mlomp).

Les fétiches³ et les sacrifices peuvent remédier à des problèmes de santé qui seraient liés à un totem fragile ou à un mauvais sort. Une femme explique ainsi le décès de son petit-fils, en invoquant la fragilité de son totem, elle précise d'ailleurs à la fin de son histoire que cet enfant n'avait pas eu un développement psychomoteur normal, puisqu'il ne marchait toujours pas à l'âge de 2 ans :

« Depuis sa naissance, l'enfant était toujours malade. Il a été soigné à Ziguinchor, sa ville natale. Puis ses parents l'ont amené au village natal de sa mère pour des soins traditionnels. Cela n'a pas non plus apporté grand chose. Ils l'ont amené ici [à Mlomp] car les guérisseurs ont dit que c'était son totem qui était fragile et c'est pourquoi il était malade. En effet, nous avons fait des sacrifices et il a été guéri. Quatre mois plus tard, un jour en revenant des rizières, nous l'avons trouvé malade avec une bosse au sternum. Il pleurait beaucoup. On l'amène au dispensaire où ils nous disent d'aller à l'hôpital de Ziguinchor où il est mort 3 jours après. À l'âge de 2 ans, cet enfant ne savait toujours pas marcher » (autopsie verbale, Mlomp).

Du point de vue du guérisseur, les enfants peuvent en effet mourir après avoir rencontré des mauvais esprits :

³ Pour qu'ils intercèdent en leur faveur, les Diola font des libations et prient les fétiches (Thomas, 1959 et 1994).

« [Si des enfants meurent,] c'est parce que les petits enfants peuvent rencontrer les mauvais esprits la nuit. D'autres naissent avec la maladie. [Les guérir], c'est possible, il y a un remède qu'on peut mettre dans l'eau et l'enfant prend un bain dedans. Sinon faire des amulettes qu'on attache au niveau de la taille qui vont empêcher les mauvais esprits de l'approcher. Si l'enfant naît avec la maladie c'est que ça vient de la maman. Une malformation ou elle n'est pas bien soignée. Mais on peut trouver des médicaments » (entretien avec un guérisseur, Mlomp).

L'origine de la maladie peut donc être liée à un agent extérieur à la personne. Dans le cas d'un enfant malade, le guérisseur évoque la transmission de la mère à son enfant, c'est la mère qui devient responsable de la maladie. La notion de faute peut être mise en avant par certains, d'où l'importance du contexte social et familial dans le développement d'une interprétation magique.

- *La maladie-châtiment : une punition sociale ?*

De nombreuses règles régissent les rites et événements de la communauté. Par exemple, la cérémonie de circoncision-initiation des hommes, le *bukut*, est rigoureusement interdite aux femmes. À l'opposé, tout ce qui a trait à la grossesse et à la maternité relève du domaine exclusivement féminin. La transgression de ces tabous est durement sanctionnée par la société diola. La maladie est considérée comme une punition du fait d'avoir bravé un interdit (encadré 5.1) mais qui peut s'avérer aussi être une interprétation mise en avant par des individus ayant une relation conflictuelle avec la personne malade.

Encadré 5.1.

Exemple tragique d'une transgression des règles sociales

Didier Fassin, dans son étude sur la pratique chez les Diola du *kañaalen*, cite l'histoire de cette femme qui n'a pas respecté les règles de ce rite diola et pour laquelle les conséquences furent particulièrement dramatiques :

« Si l'enfant meurt durant le *kañaalen*, la mère est immédiatement suspectée de sorcellerie. Une femme du *Fooñi*, après avoir perdu deux enfants, était partie dans un autre village au début de sa troisième grossesse, à l'insu de son mari et de sa famille conjugale ; le neuvième jour après la naissance de son enfant, elle accomplit le *kañaalen* ; quelques mois plus tard, trahissant le secret de sa présence au village et de l'existence de l'enfant, elle rencontra, au marché de la ville voisine, un parent de son mari et lui révéla le lieu où elle se cachait ; le mari se présenta le lendemain au village d'adoption où on lui dit qu'il était impossible de la voir. Une semaine plus tard, l'enfant mourut soudainement. Après l'enterrement, la mère fut convoquée dans le Bois sacré, près de l'autel du *kañaalen* ; les femmes l'accusèrent d'être responsable de cette mort ; comme elle s'en défendait, elles lui demandèrent une mèche de cheveux qu'elles placèrent avec un doigt de l'enfant dans un canari qui fut ensuite enterré (il s'agit d'une forme d'ordalie : si elle a menti, la suspecte doit mourir). Au petit matin, la femme quitta le village d'adoption, mais n'atteignit jamais son village conjugal ; des gens qui revenaient de la ville la trouvèrent morte sur le chemin, "personne ne se demanda pourquoi. Même le mari ne posa aucune question". (...) Si la mort de l'enfant dans son village d'adoption est un événement grave et si en accusant la mère on évite au groupe d'être soupçonné, en revanche la maladie de l'*añaalena*, et même sa mort, n'inquiètent ni n'affligent personne ; on estime qu'"elle a voulu encore faire du mal à l'enfant, et ça lui a coûté la vie" »

Source : Fassin, 1987, p. 63.

Le contexte dans lequel se produit ce type d'événement est primordial pour comprendre pourquoi on impute dans tel cas et pas dans tel autre un caractère punitif à la maladie. Si l'entourage – ou au moins un individu charismatique de cet entourage – l'interprète comme tel, il n'agira pas forcément pour aider la personne malade. À Mlomp, la belle-sœur d'une femme (en réalité, la femme de son cousin paternel) décédée à l'âge de 30 ans évoque comme motif de sa maladie et de son décès, la transgression d'un interdit, celui pour une femme d'assister à une circoncision :

« Tout a commencé à Kaolack. Elle avait une forte fièvre et même des frissons. Les fièvres ont commencé un mois avant le décès. Tout le corps s'est enflé sauf la tête. Elle a été hospitalisée à Kaolack et là-bas on n'a pas pu diagnostiquer sa maladie. Alors on l'a ramenée au village au bout de deux semaines d'hospitalisation. Elle a transgressé des interdits en assistant à une circoncision. Donc les gens pensent que c'est à cause de cela qu'elle souffrait. Elle est arrivée ici très fatiguée avec l'état de la route et elle est devenue plus agonisante. Malgré son état, elle a continué à prendre les médicaments qu'on lui avait prescrits de Kaolack et quelques racines recommandées par les guérisseurs. Pendant deux jours, elle ne pouvait plus marcher, le ventre était tellement enflé qu'on aurait dit une femme enceinte. Elle ne mangeait pas mais buvait un tout petit peu. Elle est morte le 3^{ème} jour » (autopsie verbale, Mlomp).

La maladie qui constitue le châtiment est justifiée par le fait qu'à l'hôpital de Kaolack, les médecins n'ont pas pu diagnostiquer son problème de santé. La médecine allopathique étant impuissante face à son mal, elle a été retirée de l'hôpital pour revenir dans le village d'origine de son père et y mourir. L'interprétation des symptômes est aussi très évocatrice de la transgression de tabou puisque la femme avait un ventre enflé comme celui d'une femme enceinte. Il s'avère que cette femme avait divorcé quelques années auparavant après avoir eu successivement deux enfants décédés en bas âge. Elle était donc dans une situation sociale délicate, liée au fait qu'elle n'a pas « réussi » à garder ses enfants vivants et qu'elle était divorcée, ce qui est un statut très mal considéré chez les Diola. À la suite de son divorce, elle était partie travailler dans sa ville natale⁴ mais ne s'était pas remariée. Il existe un lien fort entre l'acte qu'on lui prête – celui de la transgression d'un tabou – et sa situation sociale qui ne correspondait pas aux exigences des membres de son entourage.

⁴ Mlomp est la ville natale de son père, là où il y a la concession de sa famille paternelle.

- *Multiplicité des représentations*

La maladie ne correspond donc pas seulement à un dysfonctionnement de l'organisme. Il faut considérer l'interprétation qu'ont les individus de la maladie, du point de vue du malade lui-même mais également des proches et de la façon dont ils perçoivent l'origine de celle-ci. Nombre de changements s'opèrent actuellement dans les sociétés africaines, révélées par l'étude des relations entre les classes sociales, les hommes et les femmes, les jeunes et les anciennes générations. Ainsi, dans la région du Yatenga au Burkina Faso, « parmi l'ensemble des cérémonies familiales, les cérémonies d'enterrement et de funérailles sont celles qui ont connu les transformations les plus visibles et les plus prononcées » (Attané, 2003).

* *
*
*

Le statut social, le sexe, le statut matrimonial, l'âge, l'instruction sont autant de facteurs qui jouent sur les représentations de la maladie et de la mort et laissent entrevoir une diversité du recours aux soins. Ces éléments permettent de mieux comprendre les différentes stratégies de recours aux soins qui relèvent des interprétations – sociales, religieuses ou magiques – données à l'événement maladie ainsi que des attributs des différentes médecines disponibles.

2. Multiplicité et complexité du recours aux soins

2.1. *Entre médecine allopathique et médecine traditionnelle*

- *Diversité des types de recours dans les histoires des maladies*

Généralement, la médecine traditionnelle s'appuie sur un modèle alliant à la thérapeutique des éléments explicatifs d'ordre symbolique, religieux et social. Aussi, les « infirmiers et guérisseurs n'entretiennent pas de rapports concurrentiels, soit parce que leurs compétences ne concernent pas les mêmes maux, soit parce que la demande des malades à leur égard n'est pas de même nature » (Bonnet, 1990). Une femme pourra par exemple consulter auprès d'un guérisseur pour un problème de stérilité et auprès du dispensaire pour des maux de tête. S'il existe en effet une certaine complémentarité entre ces deux types de médecines, les entretiens menés auprès des habitants ainsi que les récits des maladies ayant conduit au décès recueillis dans les autopsies verbales suggèrent aussi une plausible concurrence. Différentes stratégies pour se soigner, s'orientant tantôt vers la médecine traditionnelle, tantôt vers la médecine allopathique, sont possibles. Les histoires des maladies que nous exploitons permettent d'identifier les types de soins utilisés lors du parcours thérapeutique de chacune des personnes malades avant la survenue du décès en distinguant d'une part la médecine traditionnelle⁵ (consultation auprès d'un guérisseur ou d'un marabout, remèdes préparés à domicile...) et d'autre part la médecine allopathique (consultation auprès d'un agent de santé, d'une infirmière ou d'un médecin, hospitalisation, maternité, automédication...) (tableau 5.1).

⁵ L'usage précis voudrait que l'on emploie ici le pluriel, sachant que c'est une médecine dont les acteurs et les pratiques sont très hétérogènes, ne serait-ce que dans la catégorie des guérisseurs et tout particulièrement au sein de la société diola dont le système diffère d'une localité à une autre (Fassin, 1992, p. 78).

Tableau 5.1.

Types de soins qui ont précédé les décès recensés lors de l'enquête 2002

Types de soins allopathique/traditionnel	Décès survenus avant 5 ans	Décès survenus entre 5 et 59 ans	Décès survenus à partir de 60 ans
allopathique	13	5	8
<i>dont maternité</i>	5	-	-
traditionnel	2	2	14
allopathique et traditionnel	4	11	24
<i>dont allopathique en 1^{er} recours</i>	1	4	7
<i>traditionnel en 1^{er} recours</i>	2	4	4
<i>simultané ou pas d'information</i>	1	3	13
pas de soins	1	1	12
ne sait pas	1	1	1
accident	-	2	2
ensemble	21	22	61

Source : histoires de la maladie ayant conduit au décès, autopsies verbales, Mlomp, février 2002.

- *Des enfants aux vieillards : des logiques de soins différentes*

Dans le domaine du recours aux soins, l'âge est un facteur déterminant (tableau 5.1). Selon que le malade est un enfant, un jeune, un adulte ou encore une personne âgée, les décisions en matière de traitements sont différentes et dépendent tantôt des parents, tantôt de soi, tantôt de ses enfants. Les évolutions sociales qui se sont opérées dans le village avec le développement de la mobilité des personnes, de la scolarisation, du travail des jeunes femmes, impliquent forcément des différenciations entre les générations. En effet, la majorité des enfants de moins de 5 ans (13 sur 21) ont été exclusivement soignés par la médecine allopathique : soit parce que le nouveau-né est décédé en maternité ; soit parce que l'enfant a été amené au dispensaire ou à l'hôpital. Pour les adultes, la multiplicité du recours aux soins, à la fois traditionnel et allopathique, concerne la moitié des cas. Pour les décès survenus à partir de 60 ans, la multiplicité est un comportement fréquent (24 sur 61), mais le recours exclusif à la médecine traditionnelle n'est pas non plus négligeable, ainsi que les cas de personnes qui n'ont reçu aucun soin avant le décès. Pour comprendre ces différents comportements, nous pouvons dégager plusieurs facteurs incitatifs ou répulsifs amenant les individus (ou leurs proches) à privilégier l'une ou l'autre des médecines, à recourir aux deux soit de manière simultanée, soit l'une après l'autre ou encore à ne pas se soigner. Avant la consultation auprès d'une infirmière, d'un médecin, d'un guérisseur ou d'un marabout, le soin à domicile avec des médicaments allopathiques ou des remèdes traditionnels est très fréquent.

2.2. *Les premiers soins portés à domicile*

- *L'automédication : rapidité du recours ou recours inadapté ?*

Nous avons relevé au cours des entretiens mais aussi à la lecture des histoires des maladies ayant conduit au décès, des comportements fréquents d'automédication. Ils ont été largement encouragés par le programme de chloroquinisation de 1975 à 1993 : durant ces deux décennies, on a demandé aux habitants de Mlomp d'acheter de la chloroquine, de conserver des comprimés à domicile et d'en prendre régulièrement à l'hivernage. Aujourd'hui, le dispensaire recommande de n'en prendre qu'en cas de survenue de symptômes qui évoquent le paludisme. Beaucoup de personnes possèdent des médicaments sous forme de comprimés ou de sirop du type paracétamol, aspirine ou chloroquine à domicile. Dans les entretiens, la plupart des mères ont déclaré que si leur enfant était malade le soir, après la fermeture du dispensaire, et qu'elles avaient des comprimés, elles en donnaient un à l'enfant pour la nuit et s'il n'y avait pas d'amélioration le lendemain matin, elles se rendaient au dispensaire.

La plupart les utilisent en cas de problème de santé, quel qu'il soit. Les médicaments peuvent aussi être achetés en dehors du dispensaire, dans les boutiques du village dont certaines vendent des médicaments comme du paracétamol, ainsi que des comprimés à base d'aspirine et de caféine agissant contre tout type de maux. Les médicaments peuvent aussi être achetés ailleurs, à Dakar ou en Gambie comme l'explique cette femme :

« Dès que je sens que je ne me sens pas bien, si j'en ai chez moi, je prends des comprimés pour pouvoir empêcher la maladie de m'atteindre. J'ai des comprimés de préventifs [contre le paludisme], des boîtes de comprimés, des paquets que j'achète au bac [en passant par la Gambie] quand je reviens de Dakar. J'achète des médicaments pour les dents, le ventre, la tête, pour quand tu as mal partout » (entretien, Mlomp).

Le traitement peut donc parfois être inadapté à la maladie et dans ce cas induire un retard de recours aux infrastructures sanitaires. La tante adoptive d'un enfant décédé à l'âge de deux ans raconte qu'elle a en premier lieu donné un « restant de comprimé » à l'enfant qui avait de la fièvre :

« Tout a commencé par une petite fièvre. Alors je lui ai donné un restant de comprimé que j'avais gardé ici. Il se portait mieux mais arrivé à la nuit, le corps était chaud. Je l'ai amené au dispensaire » (autopsie verbale, Mlomp).

Dans ce second extrait, la famille a donné des médicaments contre les maux de ventre à un malade agonisant :

« À mon arrivée, je l'ai trouvé couché à plat ventre sur le lit en gémissant. J'ai essayé de lui demander ce qu'il avait mais il n'a pas pu me répondre. Il se tordait de douleur. J'ai fait venir ses frères. L'un d'eux lui a remis du médicament contre des maux de ventre. Il a beaucoup vomi et vers le petit matin, il est tombé dans le grand coma. Nous l'avons amené au dispensaire et la Sœur nous a conduits à [l'hôpital d'] Oussouye » (autopsie verbale, Mlomp).

Aussi, administrer un médicament à un malade dès l'apparition des symptômes est assez fréquent, surtout si on en dispose déjà chez soi. De l'aspirine calme en effet des douleurs et des fièvres, la chloroquine est aussi bénéfique dans le cas d'un accès paludéen mais le paludisme n'est pas une maladie très spécifique et donc fréquemment diagnostiquée à tort. D'autre part, les cachets et les sirops sont souvent conservés s'ils n'ont pas été entièrement consommés suite à une prescription antérieure sans que l'on sache vraiment quelle est leur action spécifique (généralement, les comprimés sont achetés à l'unité mis dans des petits sachets transparents et donc sans leur boîte ni leur notice), quand ils ont été achetés, ni dans quelles conditions ils ont été conservés⁶. Lors de la survenue d'une maladie ou de symptômes chez un individu, la famille ou l'un des proches, pourra administrer en premier lieu ces médicaments afin d'éviter des frais supplémentaires, en pensant que cela sera efficace puisque cela l'a déjà été et que cela ne peut pas être nocif.

- *Préparation de remèdes à domicile pour les maladies populaires connues et reconnues*

D'autres personnes préféreront prendre ou administrer des remèdes à base de plantes, traitements considérés comme étant plus naturels et permettant d'éviter de prendre des comprimés ou de recevoir des piqûres si elles se rendent au dispensaire.

L'adoption d'un traitement plutôt qu'un autre dépend beaucoup des symptômes que présente le malade. Pour des symptômes classiques comme une diarrhée ou de la fièvre chez un enfant, les mères appliquent en premier lieu un remède traditionnel qu'elles préparent à base de plantes que l'on trouve facilement dans la nature comme des feuilles de manguier ou de citronnier. Le *ejuusa*⁷ signifie un mauvais état de santé caractérisé par des symptômes généraux (corps chaud, frissons, vomissements, maux de ventre ou diarrhées) dont les causes sont vagues et multiples selon les personnes (les moustiques, l'air, le mauvais vent...). Ainsi,

⁶ C'est surtout vrai pour les sirops. Les comprimés ne sont pas altérés par des températures de moins de 40°C, mais certaines pièces peuvent dépasser régulièrement ce seuil, comme la cuisine par exemple.

⁷ Prononcer « édiussa ».

l'exemple de ces deux mères qui soignent leurs jeunes enfants à partir de remèdes préparés à domicile :

« Mon enfant avait une fièvre moyenne et continue. Elle faisait aussi de la diarrhée. Et ses selles étaient toutes vertes avec de la mousse. Elle a refusé de téter. Elle pleurait beaucoup. Nous lui avons remis du médicament traditionnel très efficace pour ce genre de maladie des enfants » (autopsie verbale, Mlomp).

« Mon fils a débuté par un petit *palu* durant plus de 3 jours. (...) Jusque-là, je le soignais avec des herbes et des feuilles très efficaces pour le paludisme » (autopsie verbale, Mlomp).

Ejuusa est traduit par *palu*, abréviation d'usage pour parler du paludisme mais il s'agit d'une traduction inadéquate entre la maladie au sens *disease* en français et la maladie au sens *illness* en diola. L'analyse des entretiens révèle aussi un important recours aux remèdes traditionnels préparés à domicile dans le cas d'un *ejuusa* ou d'un *palu*, ce qui est souvent clairement énoncé :

« Des fois, j'utilise des plantes traditionnelles à bouillir si c'est *ejuusa* et si ça ne va pas mieux, je me rends au dispensaire » (entretien, Mlomp).

Au cours des autopsies verbales, on demande aux interviewés s'ils connaissent la cause du décès. Parmi la faible proportion des décès pour lesquels les proches mentionnent explicitement une cause, le *païs* est la seconde maladie la plus fréquemment désignée. La symptomatologie du *païs* présente souvent jaunisse et oedèmes et évoque des maladies de type hépatique comme la cirrhose du foie ou l'hépatite. Différents extraits de récits recueillis à l'occasion des autopsies verbales montrent que les habitants utilisent des remèdes traditionnels pour soigner le *païs*, comme cette femme qui a soigné sa mère :

« Ma mère est morte subitement. Elle a eu une forte fièvre de 3 jours accompagnée de vomissements et de maux de tête. Elle a eu aussi des maux de ventre pendant 4 ou 5 jours. Trois jours avant sa mort, elle a eu des gonflements au niveau du bas ventre puis elle a eu des problèmes urinaires. Mais bien avant tout cela, 3 mois durant, elle avait des maux de poitrine et de côtes. On la soignait traditionnellement car pour nous c'était le *païs* » (autopsie verbale, Mlomp).

Faire référence au *païs* n'est pas réservé aux adultes. Au cours des entretiens, certaines femmes l'ont mentionné parmi les maladies qui pouvaient tuer les enfants du village, s'apparentant alors à la fièvre jaune. Citer cette dernière maladie est probablement lié à la vaccination systématique des enfants qui leur permet de retenir que c'est une maladie dangereuse et mortelle.

Que ce soit pour le *païs* ou le *ejuusa*, on retrouve ici un comportement classique à savoir celui d'associer une thérapie traditionnelle à une maladie dite traditionnelle : le cognitif et le

pragmatique sont en adéquation. C'est notamment le cas pour les « entités nosologiques populaires internes » définies par Jean-Pierre Olivier de Sardan comme étant « le produit de cette logique de nomination, qui, par la grâce d'un nom, doté d'un noyau minimal de représentations partagées, transforme une succession ou une simultanéité mystérieuse de symptômes issues de l'intérieur du corps, sans autre signification première que la douleur ou l'inquiétude qu'ils suscitent, en une maladie familière, ayant l'évidence d'une chose existante, avec laquelle parents ou voisins ont eu eux aussi affaire, et à laquelle est associé tout un cortège de traitements socialement attestés ». Ce sont pour la plupart des maladies identifiées par un nom spécifique, revêtant un caractère congénital sans lien avec le surnaturel et très communes. Étant populaires, des traitements populaires y sont associés, souvent à base de plantes, constitués par la famille ou l'entourage (Olivier de Sardan, 1999b).

- *Minimisation du coût des soins*

Enfin, soigner à domicile offre un intérêt crucial : celui de minimiser le coût des soins. Les remèdes préparés à domicile à base de plante ont l'avantage d'être gratuits. L'automédication revient aussi moins cher puisque l'on utilise des médicaments que l'on a déjà achetés (donc pas de gâchis) et si les symptômes disparaissent par la suite, cela évite de payer une consultation.

L'argument financier n'est pas mentionné dans les histoires des maladies mais il est fondamental dans le fait de choisir de préparer soi-même ses remèdes ou de recourir à l'automédication. Nous avons vu dans le chapitre précédent qu'au début des années 2000, le tarif pour une consultation au dispensaire s'élevait à 100 francs CFA (0,15 €) pour un adulte et 50 francs CFA (0,08 €) pour un enfant. Même si la notion de pauvreté relève du sens commun, elle est en fait difficile à évaluer ainsi que ses conséquences sur la santé (Diallo, 2003). Malgré les efforts fournis par le dispensaire pour minimiser les frais des soins, l'aspect financier reste un souci permanent pour les habitants du village, pour les soins mais pour toute autre dépense puisqu'ils ne disposent pas de revenu régulier. Les activités des hommes sont saisonnières et la grande majorité des femmes mariées disposent de très peu de revenu, surtout en saison sèche. La saison des pluies est aussi une période difficile financièrement car non seulement la plupart des habitants n'ont plus de salaire, mais le prix des légumes et du poisson augmente. De plus, c'est une période où les habitants sont très fréquemment malades : la morbidité palustre est importante et le travail quotidien aux rizières difficile et fatigant. Les coûts de santé sont donc plus élevés durant la saison des pluies.

D'après les propos recueillis auprès des femmes au cours des entretiens, le coût représente un obstacle important pour s'adresser directement et immédiatement aux infrastructures sanitaires modernes. Il se passe généralement un délai d'une demi-journée à une journée entière entre un premier traitement à domicile et la consultation au dispensaire si elles n'observent pas d'amélioration. Si la situation s'aggrave, la plupart d'entre elles s'y rendront néanmoins plus tôt :

« Quand mon corps, ça ne va pas, je cherche un peu de feuilles pour bouillir, boire et me baigner avec de l'eau chaude, si ça ne va pas mieux, je vais chercher des médicaments chez la Sœur (...). Pour mon enfant, dès que je vois qu'il est malade, je fais d'abord le remède traditionnel avec les feuilles et après je l'emmène directement à l'hôpital [dispensaire] si ça ne va pas mieux » (entretien, Mlomp).

Beaucoup de retards au recours aux soins sont liés à un manque d'argent, surtout en saison sèche du fait de l'absence des hommes et du manque de revenu. Le manque d'argent est encore plus pesant lorsque le mari ne travaille pas du tout. Généralement, lorsque le mari n'a pas d'argent ou ne leur en envoie pas s'il est en migration, elles essaient de se débrouiller pour en avoir, soit en vendant quelques légumes au marché, soit en empruntant auprès des proches. Mais lorsqu'il s'agit de leurs enfants, les femmes restent très vigilantes.

2.3. Recourir ou non à la médecine allopathique

- *Le suivi des jeunes enfants*

Les femmes qui se rendent aux consultations prénatales continuent généralement à fréquenter les mêmes institutions médicales pour les problèmes de santé de leurs enfants en bas âge (Bonnet, 1990 ; Guillaume et Rey, 1988). La particularité de Mlomp tient beaucoup au suivi sanitaire des femmes dès qu'elles sont enceintes. Par la suite, les enfants vont aux séances de vaccinations et de pesée organisées par le dispensaire. Les informations supplémentaires recueillies à partir des autopsies verbales (tableau 1.1) ou des entretiens permettent de confirmer cette idée. Les femmes ont adopté ce comportement de façon assez générale, même lorsqu'elles n'ont pas d'argent. C'est notamment le cas de cette mère de onze enfants, qui raconte ses difficultés à trouver de l'argent pour aller au dispensaire :

« Si j'ai de l'argent, je vais à l'hôpital [dispensaire], sinon non. Pour mes enfants, j'ai des fois des problèmes pour avoir de l'argent, dans ce cas, je cours à gauche à droite pour trouver de l'argent. Les femmes qui font le jardin [du maraîchage] arrivent à avoir un peu de sous, mais moi comme je suis malade, je n'y ai pas participé cette année et je n'ai pas d'argent. Mon mari ne bouge pas, je lui demande de l'argent, des fois il dit oui mais des fois il dit qu'il n'en a pas. Mes enfants ne travaillent pas, mes filles font le travail de la maison, ne partent

pas en migration donc elles ne gagnent pas d'argent (...). Les enfants, s'ils sont malades, je les emmène directement à l'hôpital parce que les enfants c'est fragile, tu ne sais pas où ça lui fait mal ni ce qu'il a parce qu'il ne parle pas » (entretien, Mlomp).

Cet homme qui se soigne en premier lieu par un remède qu'il se prépare à base de feuilles agit également différemment pour les enfants qu'il a en charge, que ce soit les siens ou ceux qui lui ont été confiés :

« Si je ne me sens pas bien, je vais couper des feuilles que je fais bouillir, que j'inhale, je me lave et je dors. Si ça ne va toujours pas mieux, je vais à l'hôpital [au dispensaire]. Je n'ai pas de médicaments dans la maison. (...) Pour les enfants, personnellement, je me dépêche et tout de suite je vais à l'hôpital, je ne cherche pas à leur donner des feuilles ou des plantes, je n'hésite pas » (entretien, Mlomp).

Pour les enfants, les séances de vaccination apparaissent efficaces pour la quasi-totalité des habitants. Ils sont généralement convaincus que les vacciner leur offre une protection. La piqûre faite à cette occasion est un symbole à la fois de la douleur et de la peur mais aussi d'efficacité puisqu'on injecte le produit directement dans le corps à travers la peau. Pour le patient adulte, cela suppose une certaine soumission parce qu'il faut se laisser faire (les piqûres de quinine pour le traitement classique du paludisme sont assez douloureuses) et donc avoir une certaine confiance en la personne qui pique.

- *La dimension affective dans le recours à la médecine allopathique*

La relation médecin-malade joue un rôle essentiel dans le recours aux soins. Cette relation se réalise dans une interaction entre deux personnes qui se situent dans un contexte psychologique et social donné et dépend du type de maladie, aiguë ou chronique. Il existe une pluralité des modes de relation entre la personne qui soigne et celle qui est soignée (coopération, confiance, domination, conflit) (Adam et Herzlich, 1994). De façon générale, lorsqu'il y a eu recours à la médecine allopathique, le dispensaire – et surtout l'infirmière qui y travaille – joue un rôle essentiel dans la prise en charge du malade. Ouvert depuis 1961, même les adultes qui ont aujourd'hui la quarantaine connaissent cette infrastructure, comme en témoigne cet homme âgé de 42 ans qui consulte régulièrement au dispensaire :

« Il existe depuis qu'on est né et on a l'habitude d'aller au dispensaire » (entretien, Mlomp).

Cette infrastructure est d'ailleurs très souvent assimilée à l'infirmière, ce qui conforte l'importance d'un lien social entre le patient et celui ou celle qui le guérit. Ainsi, plutôt que de se rendre au dispensaire ou de voir l'infirmière, les habitants du village vont voir « la Sœur », elle est plus souvent dénommée par sa position sociale dans le village en tant que religieuse ou par son prénom que par sa profession. Sur les 56 décès où le malade a été vu au dispensaire ou à la maternité, l'infirmière est explicitement désignée dans 22 récits où elle

intervient activement, tantôt en soignant elle-même ses patients au dispensaire ou à domicile, tantôt en les évacuant ou en les orientant vers les hôpitaux d'Oussouye ou de Ziguinchor. Cette femme, par exemple, a été transférée par l'infirmière à l'hôpital de Ziguinchor avec son bébé souffrant :

« Lors de sa première maladie, la Sœur nous a emmenés à Ziguinchor pour être hospitalisé en pédiatrie » (autopsie verbale, Mlomp).

Cette autre femme raconte comment l'infirmière a pris en charge son mari, le conduisant à l'hôpital, puis le traitant à domicile :

« La maladie a attaqué mon mari depuis l'année passée. (...) On l'emmène au dispensaire et le lendemain, la Sœur l'a conduit à Ziguinchor où il est resté une semaine. Puis il est revenu. Néanmoins, il sentait des fois des douleurs. (...) Il a été hospitalisé à Oussouye durant 3 mois sans amélioration. Finalement, nous avons demandé sa libération et la Sœur l'a traité à domicile jusqu'à sa mort » (autopsie verbale, Mlomp).

À l'inverse, ne pas recourir à l'infrastructure sanitaire locale n'est pas toujours justifié par des raisons objectives sur l'efficacité des traitements mais par des raisons subjectives voire affectives, comme le montrent les deux exemples suivants qui font intervenir l'aspect relationnel avec l'infirmière du dispensaire dans le refus de se rendre au dispensaire. Dans le cas suivant, la femme malade n'a pas voulu aller au dispensaire parce qu'elle ne s'entendait pas avec l'infirmière :

« Elle ne voulait jamais se rendre au dispensaire, elle était en mauvais terme avec la Sœur. Donc, on la soignait traditionnellement » (autopsie verbale, Mlomp).

D'autres personnes ont peur du jugement que pourrait émettre l'infirmière du fait d'avoir attendu ou traité le malade traditionnellement, en craignant d'être considérés comme responsables de la dégradation de la maladie. Ainsi, cette femme tarde à amener sa mère (une femme très âgée) au dispensaire :

« Elle avait le *païs* interne et externe. Nous avons eu peur de l'amener au dispensaire. Elle suivait un traitement du *païs* traditionnel. Au début ça allait bien car elle se sentait mieux. Mais on ne sait pas comment elle a pu rechuter d'une façon rapide et terrible. Ne sachant plus quoi faire, on a été obligé de l'amener au dispensaire dans un état très critique » (autopsie verbale, Mlomp).

- *Les conditions de consultation et la proximité de l'entourage familial*

Enfin, la démarche clinique classique lors d'une consultation passe par l'examen du corps. La quantité de patients, surtout en saison des pluies, qui se rendent au dispensaire dans une journée qui est aussi remplie par les visites à domicile, les évacuations vers l'hôpital, les

séances de vaccination et de pesée, auxquelles s'ajoutent encore les consultations prénatales et les accouchements, ne permettent pas toujours à l'infirmière de pouvoir ausculter méticuleusement tous ses patients et leur apporter l'attention nécessaire. Cette situation n'est malheureusement pas spécifique à Mlomp, puisqu'on la retrouve dans d'autres centres de santé, de manière encore plus aiguë en milieu urbain (Fassin, 1992 ; Konan *et al.*, 2005). Les patients peuvent alors ne pas se sentir en situation d'intimité, surtout dans des locaux qui s'y prêtent mal (portes ouvertes, circulation des individus entre les pièces, interruption des consultations par une tierce personne...).

Dans cette même logique, s'adresser aux infrastructures sanitaires modernes suppose une possibilité de quitter son domicile pour être hospitalisé et cela représente un autre frein important. L'hôpital est un lieu considéré comme particulièrement froid où il n'existe pas vraiment de relation personnelle entre le patient et le médecin et où les individus sont coupés de leur milieu familial et social. Cela pose des problèmes à la fois de soutien familial mais également d'organisation pratique comme la nécessité d'avoir un parent qui apporte les repas à l'hôpital par exemple. Ces motifs sont clairement énoncés par Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan qui qualifient les systèmes de soins en milieu urbain d'Afrique de l'Ouest de « médecine inhospitalière » (2003).

Quand il n'est pas dû à un problème d'argent, le refus de s'adresser à la médecine allopathique est donc motivé par des raisons affectives plus que pour des raisons d'efficacité. Ce mode de recours suppose une possible hospitalisation ou un éloignement du domicile. Globalement, l'importance du recours aux soins allopathiques et la relation qui existe entre l'infirmière et ses patients laissent penser que le dispensaire de Mlomp est plus « hospitalier » que la moyenne. Certains habitants préfèrent toutefois avoir recours à la médecine traditionnelle.

2.4. Consulter un guérisseur

- *Une relation de confiance*

Globalement, la consultation auprès d'un guérisseur reste très souvent sollicitée. Les médecins traditionnels ont certaines compétences reconnues par les services de santé allopathiques comme la bonne connaissance des plantes et de leurs vertus. L'offre importante qui existe dans la médecine traditionnelle permet aux malades ou à leurs proches de choisir parmi les guérisseurs qui exercent au village ou dans la région celui en lequel ils ont

confiance, ce qui est donc complètement différent par rapport au nombre restreint de personnes auxquelles on peut se référer dans les services de santé.

- *Pour comprendre pourquoi on souffre*

Le manque d’instruction, le problème linguistique, le manque de relations entre le corps médical et le patient ou sa famille rendent difficile la compréhension de la maladie au sens biomédical. Or, comprendre sa maladie et pouvoir la nommer, c’est déjà « aller mieux » et cela permet d’avoir une meilleure observance thérapeutique (Héraud, 2003). La visite chez le guérisseur est souvent motivée par le désir de comprendre l’origine de la maladie. Ainsi, cette femme va consulter un guérisseur pour tenter d’expliquer ce qui lui arrive:

« Si je ne comprends pas la maladie, je vais aussi voir le guérisseur quand je ne me sens pas bien, pour voir s’il peut me dire quelque chose sur ma vie, sur moi, qu’il me dise quelque chose » (entretien, Mlomp).

On retrouve ici une différence entre la médecine allopathique et la médecine traditionnelle où le patient et son médecin dialoguent et cherchent à comprendre l’origine de cette maladie qui n’est pas biomédicale, comme le présente un des guérisseurs de Mlomp :

« C’est à cause des mauvais esprits que les gens sont malades et le médicament traditionnel est fait pour chasser le mauvais esprit qui habite le corps du malade » (entretien avec un guérisseur, Mlomp).

Ces rôles différents attribués à l’une ou l’autre des médecines sont selon les cas complémentaires ou concurrentiels. La première peut apaiser les souffrances physiques tandis que la seconde apporte une explication à ces souffrances et essaie de supprimer la cause originelle du mal. Mais lorsqu’il s’agit de passer de l’une à l’autre avec interruption des traitements, elles peuvent devenir concurrentielles.

2.5. Les recours multiples

- *Recours successifs et recherche de la guérison*

Lorsqu’il y a mixité des recours aux soins, celle-ci est fréquemment liée à un souci d’efficacité des traitements⁸, soit on recourt aux deux modes simultanément de façon à optimiser les chances de guérir, soit on les essaie l’un après l’autre en fonction de l’amélioration ou non de l’état de santé.

⁸ Il faut rappeler que l’issue de toutes ces histoires est fatale et suppose donc pour la plupart un échec de traitement.

Cette femme raconte comment son fils a été soigné en premier lieu à domicile avec des remèdes traditionnels pendant trois jours, puis par un marabout pendant deux semaines, et enfin au dispensaire :

« Mon fils a débuté par un petit *palu* durant plus de 3 jours. (...) Jusque-là, je le soignais avec des herbes et des feuilles très efficaces pour le *palu*. Mais comme le *palu* persistait encore, je l'ai amené chez le marabout de *Kañut*, où il est resté en traitement durant 2 semaines. Au début, ça semblait marcher et brusquement la situation a pris une autre tournure. J'étais obligée de le retirer et de l'amener au dispensaire. Il a été hospitalisé et malgré tout ce que la Sœur a fait pour lui, il n'y a pas eu d'amélioration, j'ai compris que c'était trop tard » (autopsie verbale, Mlomp).

À l'inverse, cet homme est en premier lieu traité au dispensaire puis traditionnellement, après l'échec du premier recours, puis il a de nouveau été hospitalisé, la situation s'aggravant :

« Mon père a débuté par la toux, ont suivi des maux de poitrine et de côtes. Il allait voir le rebouteux, tantôt ça allait mieux, tantôt non. Au début, il a essayé d'aller au dispensaire mais il n'y a pas eu d'amélioration, raison pour laquelle il s'est tourné vers la médecine traditionnelle. Quelques mois après, il commence à avoir des maux de ventre, et s'en est suivi des vomissements mais tout cela ne lui arrive pas toujours. Alors, nous l'avons amené à [l'hôpital de] Ziguinchor sur la demande de ses fils qui sont tous en ville. Là-bas non plus, il n'y a pas eu de succès, il est mort finalement » (autopsie verbale, Mlomp).

Dans ce témoignage, la famille a jugé inefficace le traitement ordonné au dispensaire au bout de quelques jours et s'est ensuite tournée vers les remèdes traditionnels :

« Ils l'ont reconduit au dispensaire avec une chaise roulante parce qu'il ne pouvait plus se tenir debout. Il a reçu de nouveau des traitements et est revenu chez lui. Sa famille a jugé inutile de le ramener au dispensaire le troisième jour, les traitements restant inefficaces. Ils l'ont donc soigné avec un traitement traditionnel. Son état s'est aggravé le quatrième jour et il est décédé au matin du cinquième » (autopsie verbale, Mlomp).

Du point de vue des personnes, ces comportements sont rationnels et basés sur la perception de l'efficacité du traitement. De la même façon, Didier Fassin observe un cumul de pratiques où « tout l'éventail symbolique et thérapeutique est mis à contribution pour la recherche de la meilleure efficacité. Aucune contradiction n'est perçue entre les différents registres auxquels il fait appel : la logique est celle de la guérison » (1992, p. 115). Malheureusement, ce phénomène induit des retards dans le recours aux soins et une plausible mauvaise observance des traitements, qu'ils soient traditionnels ou allopathiques.

- *Les relations de pouvoir au sein de l'entourage*

Dans cette même logique, certaines personnes ne veulent pas cumuler les deux modes thérapeutiques, comme cette mère qui refuse d'emmener son enfant au dispensaire parce qu'elle lui avait donné initialement un remède traditionnel :

« Nous lui avons remis du médicament traditionnel (...). Mon mari me dit d'aller au dispensaire avec l'enfant, j'ai refusé car je ne voulais pas mélanger les deux produits. Vers le soir, l'enfant est tombé dans un coma. Ils m'ont forcé pour l'emmener au dispensaire mais elle est morte avant d'arriver » (autopsie verbale, Mlomp).

Ce récit montre qu'il y a eu un désaccord entre la mère et le père de l'enfant sur le soin à lui donner. Dans ce cas, c'est la femme qui s'est opposée à la volonté de son mari. Dans un autre cas, ce sera le mari qui ne donnera pas d'argent à sa femme qui ne pourra pas se rendre au dispensaire. Dans tel autre encore, une tante amènera le malade voir un guérisseur réputé. Au sein de l'entourage du malade, on trouvera ainsi des individus qui ne sont pas du même avis sur le type de traitement à administrer. Aussi, les logiques de pouvoirs au sein de la famille restreinte, de la concession, de la famille élargie qui habite au village mais aussi celle qui habite ailleurs ou en milieu urbain, peuvent intervenir sur la façon de soigner une personne souffrante.

Le parcours adopté peut être différent à deux moments pour une maladie présentant les mêmes symptômes, comment le rapporte Didier Fassin dans l'exemple d'une femme qui ne soigne pas son second enfant de la même façon que l'aîné alors qu'ils ont sensiblement les mêmes symptômes pour des raisons extérieures en lien avec sa situation sociale (1992, p. 117).

- *Un élément décisif et fluctuant : l'argent*

Il existe une grande complexité dans le recours aux soins : les symptômes, les croyances, les décisions au sein de l'entourage, l'âge, et bien sûr l'argent que nous avons déjà mentionné à plusieurs reprises :

« Si j'ai des comprimés, je les bois pour voir ce qui se passe, si je n'ai rien, je cherche des feuilles traditionnelles que je fais bouillir et que je bois. Si j'ai de l'argent, je vais à l'hôpital [dispensaire] mais si je n'en ai pas, je n'y vais pas parce qu'il faut payer quelque chose. Je me rends aussi chez le guérisseur, quand je suis malade. Mais si je n'ai plus d'argent, j'arrête de me soigner, que ce soit traditionnel ou moderne. En ce moment, je suis malade, je suis allée à la case de santé, au dispensaire, voir le médecin à Oussouye qui m'a fait des analyses et des ordonnances, j'ai été à Ziguinchor et j'étais toujours malade. Finalement, je vais chez le guérisseur régulièrement et je prends des remèdes traditionnels » (entretien, Mlomp).

L'argent est d'ailleurs un problème crucial lorsqu'il s'agit d'une consultation, d'un déplacement ou d'une hospitalisation, d'où la mobilisation importante des proches et de la famille dans les soins.

- *Mobilité du malade et mobilisation des proches*

Certains récits révèlent des mobilités du malade parfois très importantes. Chaque type de recours peut amener un déplacement : à partir du dispensaire de Mlomp, on peut être transféré vers les hôpitaux d'Oussouye ou de Ziguinchor ; on peut aussi se rendre à Dakar ou à Banjul (capitale de la Gambie). Même le recours aux soins traditionnels peut être un motif de migration, par exemple pour aller consulter un guérisseur réputé. Plus le nombre d'institutions ou de personnes sollicitées est grand, plus la mobilité risque d'être importante, exemple de cet homme qui est déplacé quatre fois durant sa maladie :

« Mon petit frère était malade depuis le bois sacré lors du *bukut* [cérémonie de circoncision-initiation]. À ce moment-là, il disait qu'il avait des maux de poitrine. Des fois, il se couchait 3 journées successives. À notre sortie, il a quitté le village aussitôt pour aller voir son docteur à Richard Toll [au nord du Sénégal] là où il travaillait. On lui a dit qu'il avait le cancer du foie. Entre temps, ça n'a pas marché du tout. On m'en informe et je m'y rends. Deux jours après mon arrivée, il est transféré sur Dakar à l'hôpital où il a fait 3 mois sans succès. Finalement, on l'a libéré car ils savaient que c'était foutu. Je l'ai amené dans le département de Bignona [même région que Mlomp mais en haute Casamance] où j'ai fait une semaine puis je me suis rendu compte que ça ne valait pas la peine. J'ai décidé de revenir. Le soir où nous sommes arrivés, il est mort » (autopsie verbale, Mlomp).

Dans les déplacements, le réseau familial est généralement engagé, il peut être sollicité ou à l'origine d'une décision. Un tel part chez son fils qui habite en ville, une telle chez son frère qui la prend en charge parce qu'il est infirmier.

* *
*
*
*

Dans la plupart des cas, la famille et les proches soutiennent et prennent en charge le malade en dehors du système de santé (Adam et Herzlich, 1994). Le rôle de la famille joue beaucoup dans la solidarité économique et sociale, même si, dans les relations entre ses membres selon le sexe, l'âge, la génération, la situation économique, les formes d'entraide sont plus complexes qu'elles n'y paraissent (Attané, 2003). Malgré tout, une personne meurt rarement seule. Dans la mesure du possible, elle mourra d'ailleurs chez elle.

3. Arrêt et absence de recours

3.1. Mourir chez soi

Le recours aux infrastructures sanitaires peut en effet être interrompu en fin de vie parce qu'il n'est plus utile, et pour que le malade puisse mourir chez lui. Lorsque le malade lui-même ou ses proches comprennent que la mort est inéluctable, la personne souffrante hospitalisée ou émigrée est le plus souvent ramenée dans son village natal pour y mourir, sauf dans le cas des femmes mariées qui resteront dans leur maison, où elles se sont mariées⁹. Dans certains cas, elle continue de suivre ses traitements traditionnels ou allopathiques, plus dans l'objectif d'apaiser ses souffrances que de guérir. Même si la personne n'a pas été suivie durant sa maladie parce qu'elle est en migration ou s'est installée ailleurs, dans la mesure du possible, elle reviendra au village pour mourir. Un grand nombre d'histoires se terminent en effet par un retour au domicile avant le décès :

« Mon père était malade depuis 1997 (...). Je l'amenaient au dispensaire et même à l'hôpital, mais il n'y a presque pas eu d'amélioration (...). J'ai été obligé de l'amener à Oussouye où il a été hospitalisé durant 5 mois. En fin de compte, je savais qu'il n'allait pas se remettre. Je le ramène à la maison alors Dieu a écouté ses prières et mis fin à ses souffrances en l'appelant » (autopsie verbale, Mlomp).

3.2. Les individus qui constituent un poids pour leur entourage

- *La mort des « vieux »*

Dans certaines situations, le malade n'est pas du tout, ou peu, soigné. C'est principalement le cas des personnes âgées qui meurent parce qu'elles sont vieilles même si elles pourraient être soignées. Leur mort est dans l'ordre naturel des choses. En effet, les personnes âgées ont accepté l'idée de mourir (ou leur proches l'ont accepté pour elles) à la différence des adultes plus jeunes qui essaieront de lutter contre (Herzlich, 1969). Dans les récits rapportés par les proches, on retrouve d'ailleurs souvent l'idée que le ou la défunte souhaitait mourir. C'est le cas lorsque ces personnes ne se sentent plus d'aucune utilité pour le

⁹ Une femme malade reste chez son mari. En cas de décès, le corps va chez son mari et non chez les parents, même si le mari est décédé, les parents du mari vont prendre le corps et faire toute la cérémonie. Si elle a des enfants et que le mari est mort, ce sont les enfants qui l'enterrent près de son mari s'ils sont de la même religion. Donc les femmes ne rentrent pas chez leurs parents si elles sont en bon terme avec le mari et les parents du mari. Si personne ne peut s'occuper d'elle dans la famille de son mari, on peut l'amener chez ses parents ou bien chez un parent proche. Si la femme est divorcée, elle rentre chez ses parents (Joseph Sambou, communication personnelle). Le contexte familial est donc décisif dans la prise en charge des femmes malades.

groupe familial ou social ou lorsqu'elles se perçoivent et sont perçues comme une charge de travail et de fatigue supplémentaire pour les proches. Beaucoup de personnes âgées se laissent ainsi mourir en refusant tout traitement et en arrêtant de s'alimenter comme dans les deux témoignages suivants :

« Ma mère est morte de vieillesse. Elle devait partir, d'ailleurs c'est ce qu'elle souhaitait, lors de son *palu* pour ne pas nous fatiguer. En effet, elle a eu une semaine de fièvre et de maux de tête. Je peux dire que c'est cela la cause du décès, à part la plaie qui se trouvait au niveau de sa cheville qui était très infectée » (autopsie verbale, Mlomp).

« Mon père était malade depuis longtemps. Il avait la maladie des tremblements. Même pour se lever, c'était un grand problème. Il faut que quelqu'un le soulève pour qu'il s'assoie. Alors les jours passés, il a eu le *palu*. Tout son corps était bouillant. Il frissonnait beaucoup. Il n'a pas voulu se rendre au dispensaire car tout ce qu'il demandait c'était de le laisser mourir afin de se reposer car il avait pris de l'âge » (autopsie verbale, Mlomp).

- *Les malades chroniques et les personnes handicapées*

Outre la vieillesse, certaines personnes sont malades ou handicapées depuis plusieurs années et elles ne reçoivent pas de traitement. Cette femme âgée de 55 ans était malade depuis dix ans et ne se soignait plus depuis longtemps :

« Ma mère est malade depuis plus de 10 ans, si bien qu'elle a quitté la maison de mon père pour rester chez son frère. Elle avait mal partout. Surtout les maux de côtes et de poitrine. Les premières années, elle se rendait au dispensaire mais plus après. Des fois, ça allait et d'autres, elle se couchait carrément. Il y a 2 ans elle est revenue chez sa sœur. À la veille du *bukut*, vers 16h elle est morte toute seule dans sa chambre alors que les gens étaient à la fête. Or, elle n'était pas plus souffrante que d'habitude, du moins n'en avait pas donné l'impression » (autopsie verbale, Mlomp).

Cet enfant était atteint de mongolisme d'après la répondante, les « gens » ont conseillé à la famille de ne pas le soigner. Ce peut être pour l'interviewé une manière de déculpabiliser sa famille, mais la société - ou certains de ces membres - est ici montrée comme approbatrice de l'absence de recours aux soins :

« L'enfant de mon grand-frère avait le mongolisme depuis sa naissance. Il tombait rarement malade. Mais cette année il a eu un gros *palu*. Ça a débuté par une fièvre très forte accompagnée de maux de tête et de vomissements. Une diarrhée a suivi durant 2 jours. Comme c'était une personne anormale, les gens nous ont conseillés de ne pas s'occuper de lui sinon quand il va mourir, il reviendra pour fatiguer ses parents. Au bout de 5 jours, il est mort » (autopsie verbale, Mlomp).

Les déficiences organiques ou mentales peuvent avoir selon l'entourage une origine magique ou maléfique qui a des conséquences sur la manière dont l'enfant ou la personne est soignée. Les individus considérés comme incurables constituent une charge pour leur entourage à la

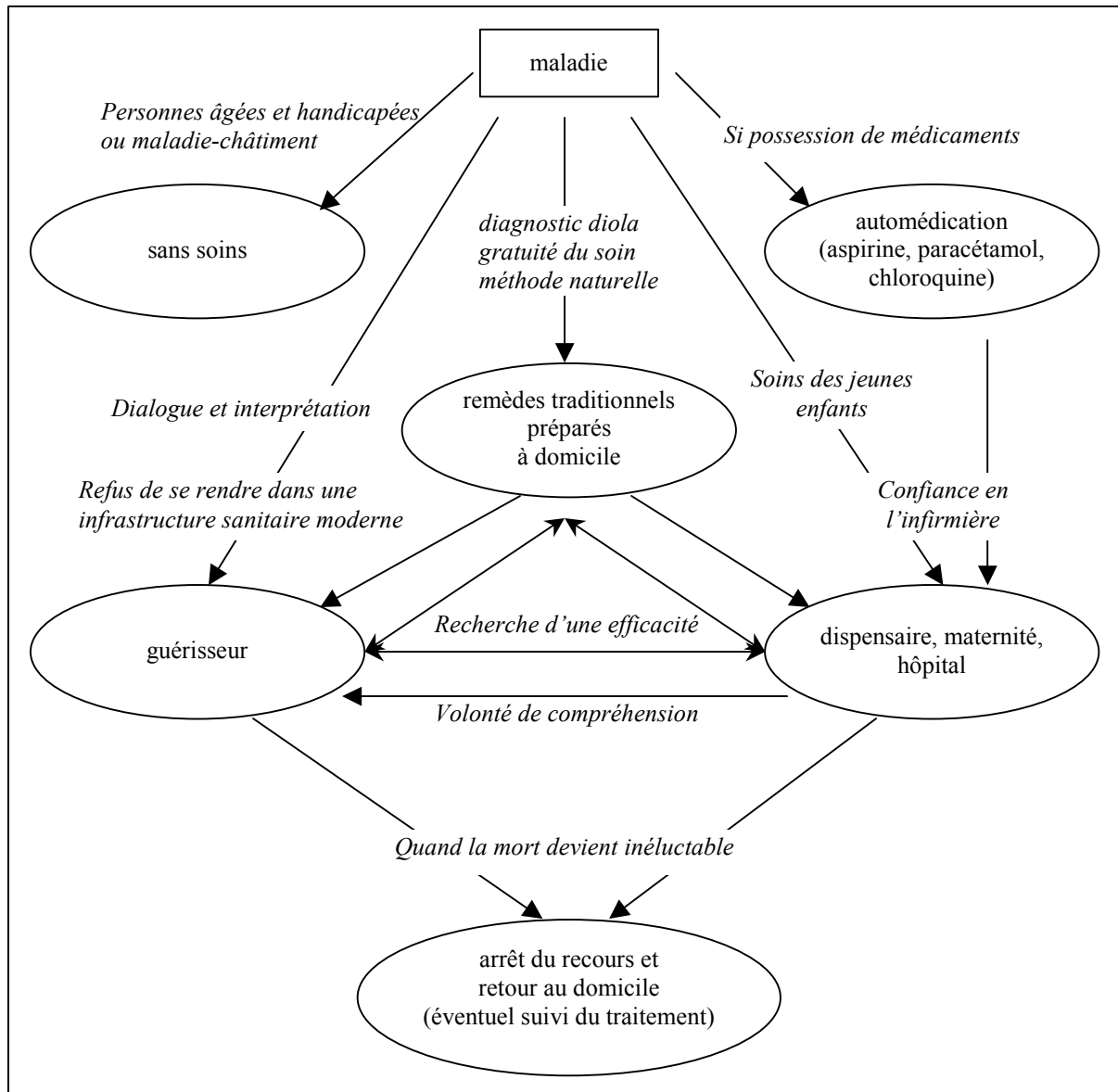
fois au niveau moral mais aussi pratique puisque les traitements médicaux coûtent chers et posent un problème crucial quand il s'agit d'une maladie longue ou chronique.

* *
*
*
*

Ainsi, les comportements de soins sont très variés : automédication, remèdes préparés à domicile, recours à la médecine allopathique ou traditionnelle, absence de recours. Nous avons identifié différents facteurs qui régissent les stratégies adoptées par les individus ou leurs proches. Ces comportements relèvent de choix mais aussi très souvent de contraintes.

4. Conclusion

Schéma 5.1.
Types de parcours thérapeutiques
(autopsies verbales et entretiens, Mlomp)



Source : Mlomp, autopsies verbales 2002 et entretiens 2003.

Bien que la source soit biaisée par le fait que nous travaillons sur des histoires de maladie dont l'issue finale est le décès, l'analyse qualitative que nous avons présentée ici permet d'étudier les multiples facettes du recours aux soins. Elle ne suffit pas pour autant puisque certaines clés de compréhension ont été apportées par des entretiens et des informations sur la position sociale, économique et familiale du malade, essentielle dans la façon dont il se soignera ou sera soigné.

Le schéma 5.1 présente les différents types de parcours thérapeutiques que nous avons pu identifier. La médecine allopathique est particulièrement sollicitée dans les problèmes de santé des nouveau-nés et des jeunes enfants. À l'opposé, les personnes âgées, celles considérées comme des vieillards qui ont perdu leur capacité physique ou psychique, ne sont pas soignées, leur mort étant « naturelle ». Dans les intermédiaires, il existe une complexité du recours aux soins qui dépend des symptômes qui se manifestent mais également de la relation que l'on entretient avec les deux types de médecine, de l'argent difficile à trouver pour payer une consultation et des médicaments, ainsi que des prises de décision au sein de l'entourage. La situation sociale et familiale de l'individu malade est essentielle pour comprendre pourquoi une maladie peut révéler autre chose qu'un dysfonctionnement de l'organisme. Ainsi, les modes de recours aux soins sont différents selon la maladie, le malade, son entourage et peuvent aussi varier dans le temps.

Ce chapitre clôt la première partie de la thèse. Nous y avons présenté le contexte de l'étude, le site de suivi démographique de Mlomp, sa population du point de vue démographique et avons amorcé notre questionnement par rapport à la remontée et à la stagnation de la mortalité à Mlomp depuis le début des années 1990. Nous nous sommes ainsi attachés à présenter le dispositif sanitaire mis en place à Mlomp et à décrire les comportements de recours aux soins. Nous pouvons donc maintenant étudier la mortalité, les niveaux et les causes de décès afin de savoir qui est ou a été touché par la hausse de la mortalité et quelles sont les causes de décès en jeu dans ce phénomène.