

Santé et mortalité en Afrique sub-saharienne francophone: introduction à l'édition spéciale

Bruno Masquelier^a, Abdramane Soura^b

^a Centre de recherche en démographie, Université catholique de Louvain, Belgique

^b Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université de Ouagadougou, Burkina Faso

Abstract

This introduction underlies the specificities of the health transition that is underway in Francophone Africa to place the special issue in context. It also presents the different contributions collected in this issue and outlines new research directions suggested by these papers.

Keywords: Health, mortality, Francophone Sub-Saharan Africa

Résumé

Cette introduction place l'édition spéciale sur la santé et la mortalité en Afrique francophone dans son contexte, en relevant les spécificités de la transition sanitaire qui est en cours dans cette région. Elle présente également les différentes contributions rassemblées dans cette édition et résume les nouvelles orientations de recherche qu'elles esquissent.

Mots-clés: Santé, mortalité, Afrique sub-saharienne francophone

Introduction

L'Afrique sub-saharienne compte 23 pays qui utilisent le français comme langue administrative, parfois en partage avec une autre langue¹. Ensemble, ces pays concentrent 305 millions d'habitants, soit près du tiers de la population de l'Afrique sub-saharienne (United Nations 2015b). Le français sert de langue officielle des différents gouvernements, mais son usage par les populations elles-mêmes varie grandement. Selon l'Organisation Internationale de la Francophonie, la proportion de francophones au Rwanda s'élève à 6% seulement, tandis qu'elle est d'environ 60% au Gabon et au Congo-Brazzaville (OIF 2014). Les affinités culturelles qui peuvent exister entre pays africains francophones sont donc

toutes relatives. La diversité est également de mise sur le plan économique, puisque les pays les plus riches du sous-continent, parmi lesquels on retrouve la Guinée-équatoriale et le Gabon, y côtoient les plus pauvres, comme le Burundi. Treize pays de l'Afrique francophone appartiennent pourtant à un même espace économique et monétaire à travers leur inscription dans la zone franc qui regroupe les deux unions monétaires de l'Afrique Centrale (CEMAC) et de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA). Leur intégration économique reste cependant très timide, notamment en raison d'une insuffisance des infrastructures de transport.

A première vue, l'Afrique sub-saharienne francophone forme donc un ensemble assez disparate et peu intégré, par ailleurs moins étudié que la partie anglophone. Pourtant, certaines spécificités peuvent être relevées, même s'il faut se garder de toutes généralisations abusives. Premièrement, ces pays partagent un héritage colonial commun, puisqu'il s'agit pour la plupart d'anciennes colonies françaises ou belges. Cette histoire partagée a contribué à façonner leurs systèmes politiques et éducatifs. Par rapport aux Anglais, les Français ont adopté une approche nettement plus centralisée et moins adaptée aux systèmes politiques et aux cultures vernaculaires. Ceci s'est traduit par des progrès plus

¹ Il reste difficile de définir précisément les contours de l'Afrique francophone. Les 23 pays considérés ici sont les suivants : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Gabon, Guinée, Guinée Equatoriale, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Niger, République d'Afrique centrale, République Démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Tchad, Togo. Certains auteurs retiennent les 25 pays d'Afrique sub-saharienne membres de l'Organisation Internationale de la Francophonie, ce qui inclut, en plus des pays cités ci-dessus, le Cap-Vert, la Guinée Bissau et Sao Tomé et Príncipe. La Mauritanie est considérée comme l'OIF comme faisant partie de l'Afrique du Nord.

lents en matière d'instruction dans les pays francophones (Grier 1999). Deuxièmement, les pays francophones du sous-continent se distinguent de leurs voisins non francophones par leurs plus faibles niveaux de développement économique. Dans les quinze dernières places du classement des pays selon leur PIB par habitant, on retrouve neuf pays d'Afrique sub-saharienne francophone. Trois pays francophones sur quatre sont classés parmi les « pays les moins avancés », contre un sur deux ailleurs en Afrique sub-saharienne. Ce moindre développement en moyenne régionale n'empêche évidemment pas certains de faire preuve d'un dynamisme économique remarquable, comme l'attestent les cas de la République Démocratique du Congo, de la Côte d'Ivoire et du Rwanda qui ont enregistré des taux de croissance record au cours des années récentes. Enfin, troisièmement, l'instabilité politique et la récurrence des conflits est un autre trait distinctif des pays africains francophones. En 2015, des conflits étaient toujours en cours au Nord du Mali, dans les provinces de l'Est de la République Démocratique du Congo, dans les régions du Niger, du Tchad et du Cameroun où sévit le groupe Boko Haram, ainsi qu'en République centrafricaine et au Burundi. L'instabilité politique a également fortement marqué l'histoire de la Côte d'Ivoire et de Madagascar. Plus récemment, des tentatives de déstabilisation ont été menées par des groupes djihadistes dans les capitales du Burkina Faso et du Mali, et en Côte d'Ivoire.

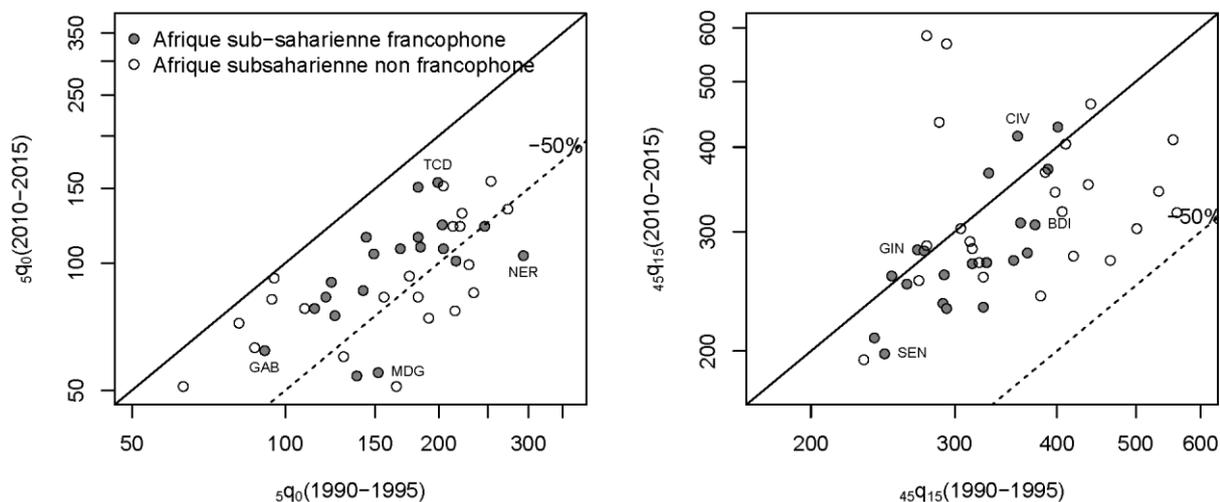
Au regard des plus faibles niveaux d'instruction en moyenne, du moindre développement économique et de l'instabilité politique, on peut s'attendre à ce que la démographie de l'Afrique sub-saharienne francophone se distingue de celle du reste du continent. C'est très clairement le cas en matière de fécondité; en 2015, la moyenne des indices synthétiques de fécondité (ISF) (pondérée par les effectifs de population) s'élevait à 5.4 enfants par femme dans les pays francophones, contre 4.8 dans le reste du sous-continent (United Nations 2015b). Cette moyenne est largement déterminée par l'un des « poids lourds » du continent, la République Démocratique du Congo, qui représente un bon quart de l'Afrique sub-saharienne francophone, et dont l'ISF avoisine 6 enfants par femmes. Elle est également tirée par le haut par plusieurs pays du Sahel; le Niger (7.5 enfants par femme en 2015), le Mali et le Tchad (6 enfants par femme). Les raisons de cette plus haute fécondité des pays francophones sont bien documentées: moindre niveau d'instruction (le nombre moyen d'années d'études est inférieur à deux dans 9 pays de la région (Gakidou et al. 2010)), faible recours à la contraception moderne (Farrell et al. 2014), demande d'enfants encore très élevée (Vimard et Fassassi 2007). Il en résulte une croissance

démographique un peu plus rapide dans cette région. Entre 2010 et 2015, la population de l'Afrique francophone a en effet connu une croissance de 2.9%, contre 2.6% dans le reste du sous-continent. Bien entendu, ces moyennes régionales cachent à encore des disparités énormes entre pays, et il suffit de préciser que la population du Niger connaît une croissance deux fois plus rapide que celle de la République centrafricaine pour s'en convaincre.

Il existe peu d'études à l'échelle régionale ayant cherché à identifier les spécificités de cet ensemble de pays sur le plan de la seconde grande composante de la dynamique démographique: la mortalité. Précisons d'emblée que cette édition spéciale sur la santé et la mortalité en Afrique francophone n'a pas cette vocation de synthèse. Les contributions rassemblées ici ne font qu'éclairer, chacune à sa façon, différentes facettes des évolutions récentes de la santé et de la mortalité dans cette région. On peut toutefois, en guise d'introduction, tenter l'exercice et rappeler quelques traits distinctifs de la transition sanitaire actuellement en cours en Afrique francophone.

Quelques spécificités de la transition sanitaire en cours en Afrique sub-saharienne francophone

La mortalité des jeunes enfants n'est pas sensiblement différente dans les pays francophones, comparativement au reste de l'Afrique sub-saharienne. En moyenne (pondérée par les naissances), le quotient de mortalité infanto-juvénile (sqj) s'élevait à 95 pour mille dans les pays francophones durant la période 2010-2015, contre 105 dans les autres pays (United Nations 2015b). Les disparités en matière de survie des enfants au sein de l'Afrique francophone sont par contre criantes. A une extrémité, on trouve le Tchad et la République centrafricaine, où le quotient de mortalité infanto-juvénile était respectivement de 139 et 130 décès avant 5 ans pour 1000 naissances en 2015. A l'autre extrémité, le Rwanda, le Congo et le Sénégal, où ce quotient a chuté sous la barre des 50 décès pour 1000 naissances. Les pays d'Afrique sub-saharienne francophone ont réalisé d'énormes progrès depuis 1990, quoiqu'à un rythme légèrement plus lent que leurs voisins. Dans cet ensemble de pays, seuls Madagascar, le Niger et le Rwanda ont atteint la cible du 4^e Objectif du Millénaire pour le Développement, qui visait à réduire de 2/3 la mortalité des moins de 5 ans entre 1990 et 2015 (You et al. 2015). De nombreux autres pays qui n'ont pas atteint cette cible ont enregistré une accélération sensible de la baisse de la mortalité des enfants depuis 1990. Ce rythme de baisse a par exemple plus que triplé entre la



Graphique 1 : Niveaux de mortalité des enfants ($5q_0$) et des adultes ($45q_{15}$) pour les deux sexes en 1990-1995 et 2010-2015, selon les estimations des Nations Unies (Sc : WPP 2015).

décennie 1990 et les années 2000 à 2015 au Burkina Faso, au Burundi, et en Côte d'Ivoire.

Ce qui caractérise peut-être le plus la transition sanitaire des pays d'Afrique francophone, c'est le fait qu'elle a été peu freinée par l'épidémie du VIH/sida. A l'exception de la Côte d'Ivoire et de la République centrafricaine, la prévalence du VIH parmi les adultes n'a jamais dépassé 6% en Afrique subsaharienne francophone. En conséquence, les niveaux de mortalité chez les adultes y sont plus faibles en moyenne, et l'espérance de vie est même en moyenne légèrement plus élevée que dans les autres pays de la sous-région. Si l'on fait abstraction des petits territoires insulaires, Sénégal et Madagascar occupent la tête du peloton, puisqu'ils ont atteint en 2015 des niveaux d'espérance de vie supérieurs à 65 ans (United Nations 2015b), tandis que le Gabon et le Rwanda ne sont pas loin derrière.

Le Graphique 1 présente, pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne², les quotients de mortalité infanto-juvénile ($5q_0$) et la probabilité de décéder entre 15 et 60 ans ($45q_{15}$), pour deux périodes : 1990-1995 (sur l'axe des abscisses) et 2010-2015 (en ordonnées). Les pays d'Afrique subsaharienne francophone sont représentés en gris³. On observe que la baisse de la mortalité des enfants a été assez homogène dans les pays francophones, avec des niveaux estimés en 2010-2015 qui valent environ 60% des niveaux de la période 1990-1995. Le Niger,

Madagascar, le Sénégal et le Rwanda sortent toutefois du lot avec une baisse particulièrement rapide. Dans les autres pays d'Afrique subsaharienne, les progrès sont plus variables, en raison de l'épidémie du VIH-sida qui a durablement marqué l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe. Les tendances de la mortalité des adultes (15-60 ans) ont également été plus homogènes en Afrique francophone. Globalement, la probabilité de décès entre 15 et 60 ans n'a baissé que de 15% entre 1990-1995 et 2010-2015 dans cet ensemble. Dans six pays, les niveaux estimés sur la dernière période sont même légèrement plus élevés qu'entre 1990 et 1995, et certains d'entre eux, comme le Togo ou le Gabon ont pourtant été relativement épargnés par le VIH-sida. Ailleurs, les évolutions de cette probabilité $45q_{15}$ sont à mettre en relation avec le timing de l'épidémie ; les risques de décès ont par exemple baissé entre 1990-1995 et 2010-2015 en Ouganda car ce pays avait été le premier à voir sa prévalence diminuer, tandis qu'ils ont doublé sur la même période au Swaziland et au Lesotho, car l'épidémie a frappé ces pays plus tard et plus sévèrement.

Comme dans les autres régions du monde, la baisse de la mortalité s'accompagne d'un changement dans la hiérarchie des causes de décès, avec une diminution du poids des maladies transmissibles, tandis que les maladies non-transmissibles (telles que les maladies cardio-vasculaires, les cancers et le diabète), gagnent en importance. Du fait de la moindre prévalence du VIH, l'Afrique subsaharienne francophone épouse davantage les contours du modèle de la transition épidémiologique tel que défini par Omran (1971). Selon les dernières estimations de l'enquête *Global Burden of Disease* (GBD collaborators 2014), plus de 30% des décès survenus en 2013 parmi les adultes de 15-49 ans seraient déjà

² L'île Maurice et les Seychelles ne sont pas représentés, en raison de leurs niveaux de mortalité plus bas et de leur faible population. Le Rwanda n'est pas visible non plus en raison des niveaux de mortalité exceptionnellement élevés sur la période 1990-1995.

³ Les pays identifiés sont dans le graphe de gauche sont le Gabon (GAB), Madagascar (MDG), le Niger (NER), le Tchad (TCD). A droite, les pays identifiés sont le Sénégal (SEN), le Burundi (BDI), la Côte d'Ivoire (CIV) et la Guinée (GIN).

imputables à des maladies non-transmissibles au Mali, au Niger et au Bénin. Cette proportion s'établit à moins de 20% dans la plupart des pays d'Afrique de l'Est et même en-deçà en Afrique australe, car le sida et la tuberculose continuent d'y faire des ravages. En Afrique sub-saharienne francophone, la proportion des décès dus à des maladies cardiovasculaires connaît une progression régulière. Par exemple, elle serait passée au Sénégal de 8% de l'ensemble des décès en 1990 à 16% en 2016, portée par le vieillissement progressif de sa population. Les maladies cardiovasculaires seraient même devenues la première cause de décès (tous âges confondus) au Congo, au Gabon et à Madagascar, et la deuxième cause dans des pays comme la République Démocratique du Congo et le Bénin.

Après des décennies d'efforts axés sur la lutte contre les maladies infectieuses, ces pays ne sont pas bien préparés pour faire face à la montée des maladies non transmissibles. Les systèmes d'informations sanitaires, par exemple, sont mieux outillés pour suivre les évolutions en matière de paludisme, de tuberculose ou de VIH/sida qu'en matière de maladies cardio-vasculaires ou diabètes. La communauté internationale ne semble pas non plus avoir pris la mesure de ce changement. En 2012, moins de 1% de l'aide au développement en matière de santé était consacrée aux maladies non transmissibles en Afrique sub-saharienne, contre 21% pour la santé maternelle, néonatale et infantile et 47% pour le VIH/sida⁴. Les nouveaux objectifs de développement durable (ODD) adoptés en septembre 2015 devraient permettre d'accorder une attention accrue aux maladies non transmissibles. L'une des cibles de l'objectif 3 (*Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge*) consiste à réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles d'ici à 2030. La probabilité de mourir de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou d'une maladie respiratoire chronique entre 30 et 70 ans est l'indicateur proposé en la matière. Les pays d'Afrique sub-saharienne francophone sont toutefois particulièrement mal équipés pour suivre les progrès sanitaires dans ce domaine. Aucun de ces pays ne dispose d'un système d'état civil qui offre une couverture nationale suffisante avec un relevé des causes de décès. D'autres cibles, relatives par exemple à la santé mentale ou aux accidents, seront tout autant difficiles à suivre.

Sources de données disponibles pour mesurer la mortalité et évaluer les états de santé

Grâce à la multiplication des enquêtes à larges échantillons telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et les Enquêtes par grappe à Indicateurs Multiples (MICS), la plupart des pays d'Afrique francophone disposent maintenant de nombreuses séries de données permettant d'estimer la mortalité des enfants avec une relative précision (You et al. 2015). Dans 9 pays de cet ensemble, au moins quatre enquêtes EDS ont collecté des histoires génésiques permettant de reconstituer les tendances de la mortalité des enfants. Des recensements viennent compléter ces sources d'estimation directes. Les pays pour lesquels l'incertitude autour des tendances de la mortalité des enfants reste élevée sont de moins en moins nombreux : c'est le cas par exemple du Gabon et de Djibouti (cfr. www.childmortality.org).

Pour la mortalité adulte, les EDS fournissent également la principale source de données par le biais des histoires de fratrie, qui renseignent sur la survie des frères et sœurs aux âges adultes (Masquelier et al. 2014a). Des niveaux de mortalité peuvent également être déduits des recensements, via les décès survenus dans les ménages au cours des 12 derniers mois, ou la survie des parents (Moultrie et al. 2013). Au cours des dernières années, un usage plus systématique a été fait de ces données pour développer des estimations de mortalité globales (GBD collaborators 2014, United Nations 2015b).

En matière de mortalité par cause, l'Afrique sub-saharienne francophone est un peu moins dotée que les autres pays du sous-continent. En effet, par rapport aux pays anglophones, les pays francophones accueillent moins de sites de surveillance démographique. Sur les 38 sites africains fédérés dans le réseau INDEPTH, seuls neuf sites sont situés en Afrique francophone, soit 3 au Sénégal, 5 au Burkina Faso et 1 en Côte d'Ivoire. Ces sites sont toutefois très actifs, comme en témoignent plusieurs articles de ce numéro spécial. Dans les autres pays de la région, les données sur les causes de décès sont très limitées. On relèvera toutefois le cas de quelques grandes villes où un relevé des causes de décès est organisé, notamment à Bamako (Fargues et Nassour 1988) et à Antananarivo (Masquelier et al. 2014b).

Présentation du numéro spécial

En 2014, le comité éditorial de la revue *African Population Studies/Etude de la Population Africaine* a lancé un appel à contributions pour un numéro spécial, en français, sur le thème « Santé, mortalité et causes de décès en Afrique sub-saharienne francophone ». Cet appel visait à accorder davantage de visibilité aux travaux des démographes portant sur

⁴ Sc: IHME Visualization tool Financing Global Health, <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>, consulté le 30 juin 2015.

les pays qui ont le français pour langue administrative, du Sénégal à Madagascar. Nous avons reçu au total 16 articles, et nous en publions dix, après un processus de *peer-review* qui a contribué à améliorer la qualité des articles. Cet ensemble est donc loin de couvrir les 23 pays que compte l'Afrique subsaharienne francophone, puisqu'ils ne concernent que le Burkina Faso (4 articles), le Sénégal (3), le Mali (2), et la République Démocratique du Congo, en plus d'un article d'ordre plus général.

Le succès est donc en demi-teinte, car nous ne sommes pas parvenus à recueillir des contributions de démographes d'autres pays où il existe pourtant une certaine activité de recherche dans le domaine, tels que le Cameroun ou le Bénin. Il faut signaler aussi que plusieurs articles sont écrits ou co-écrits par des chercheurs basés en Belgique et en France ; peu de travaux émanent uniquement de chercheurs africains.

Ces quelques réserves n'enlèvent évidemment rien à l'intérêt des différentes contributions rassemblées ici. Ces dernières éclairent, chacune à sa façon, différentes facettes de la santé et de la mortalité en Afrique subsaharienne francophone. Elles esquissent aussi de nouvelles orientations pour des recherches ultérieures, que l'on peut résumer en six axes:

1) *Analyser la mortalité par cause au-delà de 50 ans.* L'accent mis historiquement sur la santé maternelle et infantile s'est soldé par une absence quasiment totale d'intérêt pour la mortalité chez les adultes âgés de 50 ans et plus. Or le nombre de personnes âgées connaît une augmentation rapide ; dans les 35 prochaines années, le nombre de personnes de 50 ans et plus va plus que tripler en Afrique subsaharienne (United Nations 2015b). Plus de 30% des décès surviennent déjà à 50 ans et plus dans cette région. Il est donc impératif de mieux connaître les niveaux de mortalité à ces âges, les changements qui surviennent dans la hiérarchie des causes de décès, et les principaux facteurs de risque. Dans un article portant sur la zone de Nouna, au Burkina Faso, Louis Niamba et ses co-auteurs exploitent les données d'un observatoire rural pour mesurer la mortalité par cause à ces âges et en examiner les tendances depuis 1993 (Niamba et al. 2016). Ils montrent que l'espérance de vie à 50 ans a baissé dans la zone d'étude en raison d'une hausse de la mortalité cardiovasculaire. En insistant sur le caractère local des données exploitées, ils appellent à former des réseaux d'observatoires de façon à pouvoir confirmer (ou non) leurs observations au niveau national, un effort actuellement entrepris au Burkina Faso. Sur

le plan des facteurs de risque, Géraldine Duthé et ses collègues se penchent sur d'éventuels « effets protecteurs » sur la santé aux âges élevés associés au fait d'avoir eu de nombreux enfants. Ils exploitent les données de trois observatoires au Sénégal et montrent notamment que les chances de survie entre 50 et 70 ans augmentent avec le nombre de garçons nés vivants, sans doute en raison d'une meilleure prise en charge des aînés (Duthé et al. 2016).

- 2) *Etudier le lieu des décès et ses déterminants.* L'importance de compter les décès et d'identifier leurs causes est aujourd'hui largement reconnue. Une question parallèle, celle du lieu du décès, a été très souvent étudiée dans les pays à revenus élevés, afin d'évaluer la concordance entre les souhaits des personnes en fin de vie et le lieu effectif du décès, ainsi que pour orienter les politiques de santé relatives aux soins palliatifs. Très peu d'études ont par contre été menées sur ce thème en Afrique subsaharienne (Lazenby et al. 2010). Pourtant, mieux connaître le profil des personnes qui décèdent à domicile, ainsi que leurs causes, permettrait, dans un contexte de faible accès aux soins, d'identifier les besoins de prise en charge qui sont moins bien rencontrés. Aristide Bado et ses collègues explorent les facteurs associés au lieu du décès dans l'observatoire de Kaya, au Burkina Faso (Bado et al. 2016). Ils montrent que plus de la moitié des décès surviennent à domicile dans cette ville moyenne, et que la proportion de décès à domicile augmente significativement avec l'âge. Leur recherche confirme également que les statistiques sanitaires procurent une image biaisée des états de santé, car elles concernent des patients qui diffèrent de la population générale sur le plan de leurs profils sociodémographiques et de leurs pathologies. En particulier, les décès violents, les affections rénales et urologiques ainsi que les (broncho)-pneumopathies sont susceptibles d'être sous-représentées dans ces statistiques. A l'inverse, les statistiques hospitalières risquent de conduire à une surreprésentation des décès causés par des maladies cardiovasculaires.
- 3) *Analyser les déterminants contextuels de la mortalité et de la santé des enfants.* Pour aller au-delà des déterminants individuels de la survie des enfants - qui font l'objet de travaux indénombrables-, deux articles présentés dans ce numéro en explorent les facteurs contextuels, au Burkina Faso et au Mali. D'une part, Véronique Hertrich et Olivia Samuel s'intéressent à

l'influence de l'environnement familial sur la survie des enfants dans quelques villages du Mali qui font l'objet d'un suivi depuis plusieurs décennies (Samuel et Hertrich 2016). Malgré le recours à une large batterie d'indicateurs relatifs à cet environnement, elles ne mettent en évidence aucune variation significative des risques de décès. Selon ces auteurs, cette absence de variations peut être interprétée comme le reflet d'un contrôle social encore très étroit, limitant l'initiative individuelle des parents et favorisant une prise en charge équitable de tous les enfants. A une autre échelle, Sidibe et Soura (2016) cherchent à saisir l'effet du contexte sur le respect du calendrier vaccinal des enfants au Mali et au Burkina Faso. Dans ces deux pays, plus de sept enfants sur dix ne sont pas vaccinés du tout ou pas vaccinés dans les temps. Une analyse multi-niveaux permet de démontrer que ce retard est associé à la fois à des caractéristiques individuelles de l'enfant et de sa mère, ainsi qu'à des facteurs contextuels, qui semblent jouer un rôle plus important au Burkina Faso.

4) *Mieux connaître les spécificités de la santé urbaine.* Même si l'Afrique reste largement rurale, avec encore 60% de sa population vivant dans les campagnes, elle va devenir, d'ici à 2020, la région dont la population urbaine croît le plus rapidement (United Nations 2015a). En Afrique subsaharienne francophone, Ouagadougou fait figure d'icône de la croissance urbaine rapide et peu maîtrisée. La ville a connu une croissance estimée à 7.2% par an entre 2010 et 2015, ce qui s'est traduit par une expansion dans les zones périphériques dépourvues d'équipement. Les conséquences sur la santé de cette expansion urbaine sont largement perceptibles. Bruno Lankoande et ses collègues montrent que les citoyens de moins de 5 ans vivant dans les quartiers formels de la capitale font face à un risque de décéder deux fois plus faible que celui des enfants des quartiers informels (souvent appelés *slums*) (Lankoande et al. 2016). En travaillant par groupe de causes puis toutes causes confondues, ils distinguent les effets de contexte et de composition jouant sur ce différentiel, et montrent que les caractéristiques individuelles des mères ne peuvent expliquer qu'une partie des écarts. Ils insistent aussi sur la nécessité d'adopter une définition « locale » de ce qu'est un *slum* pour mener une telle analyse. Dakar est une autre capitale ouest-africaine qui a connu une urbanisation rapide qui ne n'est pas

accompagnée d'un développement concomitant des infrastructures de santé et d'assainissement. Dans ce contexte, Lulia Rautu et ses collègues (2016) cherchent à identifier les facteurs de risque pour les maladies diarrhéiques, en prenant en compte différents niveaux d'analyse (enfants, ménages, quartiers). Ils montrent notamment que l'infrastructure sanitaire des quartiers et les comportements sanitaires jouent un rôle particulièrement prépondérant. La question des inégalités intra-urbaines de mortalité en Afrique, et plus largement des inégalités entre milieux d'habitat, est traitée à l'aide d'une revue de la littérature par Maïga et Bocquier (2016). Ces auteurs précisent les différents concepts utilisés pour qualifier d'éventuelles surmortalités urbaines : *urban penalty*, *urban marginality* et *urban sprawl*. Ils offrent une synthèse des différents mécanismes pouvant expliquer de moindres performances des villes ou de certains de leurs quartiers en matière de santé, avec une attention particulière accordée aux pays d'Afrique francophone. Ils insistent également sur la difficulté à prendre en compte les statuts migratoires et les durées de résidence lorsqu'il s'agit de comparer les états de santé ou les niveaux de mortalité entre milieux d'habitat, et sur les différentes hypothèses (sélectivité, socialisation, rupture ou adaptation) permettant d'analyser les multiples interactions entre santé et migration.

5) *Mieux évaluer la qualité des données d'enquêtes et de recensements.* En raison de l'incomplétude de l'enregistrement des décès à l'état civil, les estimations de mortalité qui sont disponibles au niveau national pour les pays d'Afrique subsaharienne restent largement basées sur les informations collectées dans les enquêtes et les recensements auprès des proches survivants. De par leur nature rétrospective, ces informations peuvent être entachées d'erreurs qui ont souvent un caractère systématique. L'ampleur et le sens de ces erreurs restent toutefois difficiles à prévoir, en l'absence d'une source de données fiables qui pourrait servir de point de comparaison. Bruno Masquelier et ses collègues (2016) montrent que dans les pays qui disposent d'observatoires de population, il est possible d'évaluer la qualité des données collectées dans les recensements, en confrontant, pour une même aire géographique, les niveaux de mortalité dégagés des deux sources. Leur analyse remet en cause certains présupposés

dans ce domaine, car ils montrent notamment que les informations collectées sur les décès des douze derniers mois peuvent permettre d'obtenir des niveaux de mortalité fiables pour les âges adultes, même en l'absence de tout ajustement.

- 6) *Rendre compte des choix thérapeutiques des individus.* Dans un contexte de pauvreté quasiment généralisée et de faible accès aux soins, les décisions relatives au recours aux soins de santé sont toujours très délicates. L'automédication est considérée comme un phénomène émergent, qui présente des risques sanitaires en raison d'accidents médicamenteux ou du développement de résistance antimicrobienne aux antibiotiques. Sa mesure est toutefois très problématique, comme en témoignent les estimations parfois très variables issues d'enquêtes successives. A partir d'une enquête menée en République Démocratique du Congo, Jacques Rodriguez et Jean-Michel Waschberger (2016) évaluent la fréquence de l'automédication au niveau national et provincial, et cherchent à comprendre les logiques derrière les choix thérapeutiques. Ils indiquent que l'automédication reste une pratique très minoritaire, contrairement à ce que laisse penser la littérature existante. Ils mettent également en évidence de larges variations dans le recours à l'automédication selon l'âge, certaines caractéristiques des ménages et selon le type de maladies.

Le comité éditorial de la revue *African Population Studies/Étude de la Population Africaine* a fait le choix de publier ces travaux en français, ce qui revient quasiment à aller à contre-courant aujourd'hui. Il nous semble toutefois important de continuer à publier en français, surtout lorsque les travaux traitent de pays où il subsiste des difficultés de compréhension de la langue anglaise parmi la communauté des chercheurs et des professionnels dans le domaine de la population. Nous espérons donc que la revue *African Population Studies* va conserver sa vocation à publier dans les deux langues. Bien entendu, nous souhaitons aussi que les travaux présentés soient prolongés par de nouveaux développements à valoriser également en anglais.

Bibliographie

- Bado, A., Kouanda, S. & Haddad, S.. (2016) « Lieu du décès au Burkina : influence des caractéristiques sociodémographiques et environnementales » *African Population Studies*, 30 (1) : 2135–2148.
- Duthé, G., Pison, G. Delaunay, V. & Douillot, L. (2016) « L'effet à long terme de la vie reproductive sur la mortalité des femmes en milieu rural sénégalais » *African Population Studies*, 30 (1) ; 2135–2148.
- Fargues, P. & Nassour, O. (1988) Douze ans de mortalité urbaine au Sahel: Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako 1974-1985. Travaux et documents, Cahier de l'INED 123.
- Farrell, M., Masquelier, A., Tissot, E. & Bertrand, J. (2014) Islam, Polygyny and Modern Contraceptive Use in Francophone sub-Saharan Africa. *African Population Studies*, 28 (3): 1389-1398.
- Gakidou, E., Cowling, K., Lozano, R. & Murray, C. J. (2010) Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *Lancet*, 376 (9745): 959–974.
- GBD collaborators. (2014) Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 385 (9963): 117-171.
- Grier, R. (1999). Colonial Legacies and Economic Growth. *Public Choice*, 98 (3/4): 317–335.
- Lankoande, B., Soura, A., Millogo, R., Compaore, Y. & Rossier, C. (2016). Surmortalité des enfants dans les quartiers informels : effet de composition ou effet de contexte ? Le cas de l'Observatoire de Population de Ouagadougou. *African Population Studies*, 30 (1) : 2192–2202.
- Lazenby, M. Ma, T., Moffat, H.J, Funk, M., Knobf, M., & McCorkle, R. (2010). Influences on place of death in Botswana. *Palliat Support Care*, 8 (2): 177–185.
- Maiga, A. & Bocquier, P. (2016). Dynamiques urbaines et santé des enfants en Afrique subsaharienne : perspectives théoriques. *African Population Studies*, 30 (1): 2213–2226.
- Masquelier, B., Reniers, G., & Pison, G. (2014a) Divergences in mortality trends in sub-Saharan Africa: survey evidence on the survival of children and siblings. *Population Studies*, 68 (2): 161–177.
- Masquelier, B., Waltisperger, D., Ralijaona, O., Pison, G. & Ravelo, A. (2014b) The epidemiological transition in Antananarivo, Madagascar: an assessment based on death registers (1900-2012). *Glob Health Action*, 7: 23237.

- Masquelier, B., Ndiaye, Ch., Pison, G., Dieme, B., Helleringer, S., Ndiaye, O. & Delaunay, V. (2016) Evaluation des estimations indirectes de mortalité dans trois observatoires de population au Sénégal. *African Population Studies*, 30 (1) : 2227–2241.
- Moultrie, T., Dorrington, R., Hill, A., Hill, K., Timæus, I., & Zaba, B. (2013) Tools for demographic estimation. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Niamba, L., LeGrand, T., Gagnon, A., Sié, A., & Zabré, P. (2016) Le double fardeau épidémiologique chez les personnes âgées en milieu rural africain : tendances de mortalité et causes de décès à Nouna (Burkina Faso). *African Population Studies*, 30 (1) : 2122–2134.
- OIF. La langue française dans le monde. 2014.
- Omran, A. (1971) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4): p. 509–538
- Rautu I., Dos Santos S., & Schoumaker, B. (2016) Facteurs de risque pour les maladies diarrhéiques chez les enfants à Dakar : une analyse multi-niveaux avec variables latentes. *African Population Studies*, 30 (1) : 2203–2212.
- Rodriguez J. & Wachsberger, J-M. (2016). Ampleur et déterminants du recours à l'automédication en République Démocratique du Congo. *African Population Studies*, 30 (1) : 2242–2254.
- Samuel, O. & Hertrich, V. (2016) Structures familiales, encadrement communautaire et survie des enfants. Une recherche en milieu rural malien. *African Population Studies*, 30 (1) : 2160–2176.
- Sidibe L. & Soura, A. (2016). Analyse Multiniveau des Facteurs Associés au Retard dans la Vaccination des Enfants au Burkina Faso et au Mali. *African Population Studies*, 30 (1): 2177–2191.
- United Nations. (2015a) World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Report No. ST/ESA/SER.A/366.
- United Nations. (2015b) World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. .
- Vimard, P. & Fassassi, R. (2007) La demande d'enfants en Afrique subsaharienne. In : Ferry, B. (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Karthala, p. 197-251.
- You, D., Hug, L., Ejdemyr, S., Idele, P., Hogan, D., Mathers, C., Gerland, P., New, J. R. & Alkema, L. Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Lancet*, 386 (10010): 2275–2286.