

**INS**

REPUBLIQUE DU ZAIRE  
MINISTERE DU PLAN  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

N° 01  
MARS  
1991

# LA REVUE ZAIROISE



# PREFACE

CEPED  
CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION  
ET LE DÉVELOPPEMENT  
15, rue de l'École-de-Médecine  
75270 PARIS CEDEX 06  
Tél. : (1) 46 33 99 41

17263 → 17266  
19 AOUT 1991

*La Statistique n'est pas une science nouvelle, elle est aussi ancienne que d'autres qui l'utilisent comme instrument d'analyse, par exemple la science économique. Cependant, elle est demeurée une activité marginale, connue d'un petit nombre d'érudits jusqu'à l'avènement de la science économique empirique et l'intérêt des autorités publiques. Cette évolution a débouché par la suite sur la formulation de nouvelles méthodes et techniques statistiques pour mieux décrire l'activité économique et sociale, l'évolution démographique et pour servir de base à l'élaboration de politique et d'une planification efficaces. Après cet envol, la statistique n'est pas demeurée statique. Au contraire il s'agit là d'un domaine qui évolue et se développe afin de refléter au mieux la réalité socio-économique. C'est ainsi que partie du dénombrement et du simple comptage de population dans des tableaux, la statistique est devenue rapidement un moyen puissant pour la description des phénomènes issus de l'observation et pour la simulation de certains comportements sous forme de modèles mathématiques.*

*Les pays qui ont pu comprendre l'importance de la statistique ont très vite créé et entretenu des organismes nationaux chargés de centraliser les données et d'élaborer des statistiques fiables, base indispensable à la construction d'indicateurs économiques et sociaux recherchés par les décideurs politiques.*

*Au Zaïre, considérant la statistique comme une pièce maîtresse du tableau de bord de l'Economie Nationale, le Président de la République ordonna en 1978 la création de l'Institut National de la Statistique, I.N.S. en sigle. L'ordonnance N° 78-387 du 3 octobre 1978 portant création de l'INS lui confère, entre autres missions, les fonctions d'assurer le développement de la méthodologie statistique et la large diffusion des résultats de travaux dans le domaine statistique.*

*Au regard des différentes publications de l'INS, une lacune subsistait en l'absence d'une revue périodique permettant d'abord la diffusion des méthodes et analyses statistiques afin de mieux informer les utilisateurs; et ensuite la confrontation des idées et de contribuer ainsi au développement de la Science Statistique au Zaïre. La naissance de la «Revue Zaïroise de la Statistique» vient donc à point nommé pour combler ce vide.*

*La revue a pour mission de servir d'une part de cadre de dialogue entre les spécialistes, et d'autre part de livrer au public une information sélective et synthétique sur les différents aspects socio-économiques du Zaïre.*

*Elle aura le mérite de faire le point sur les progrès récents réalisés dans le domaine de la Statistique et de montrer que cette science n'est pas l'apanage des seuls spécialistes.*

*Au nom du Gouvernement, je remercie la Coopération Française pour son concours technique, matériel et financier ayant permis de mener à terme la parution du premier numéro de cette revue.*

LE MINISTRE DU PLAN  
Bombito Botoko Lompio

# **EDITORIAL**

**Voici le premier numéro de la «REVUE ZAÏROISE DE LA STATISTIQUE». C'est une Revue à caractère scientifique.**

**Son objectif principal est de contribuer au développement de la Science Statistique et de ses applications .**

**Grâce à ses agents, l'Institut National de la Statistique réalise de nombreux travaux :**

- production de l'Indice des Prix à la Consommation
- élaboration des Comptes de la Nation
- exploitation du Recensement de la Population
- enquêtes auprès des ménages et des entreprises
- collecte et diffusion des statistiques générales

**Les articles de la Revue Zaïroise de la Statistique ne remplacent pas les dossiers méthodologiques complets déjà diffusés. Ils annoncent et synthétisent les travaux de l'Institut.**

**Ce premier numéro de la Revue ne comprend que des articles rédigés par les cadres de l'I.N.S.**

**Si c'est là sa vocation première, elle se veut aussi ouverte sur l'extérieur. Elle souhaite donc dès son deuxième numéro valoriser toute recherche qui contribue au développement de la Statistique au Zaïre.**

**La Revue couvre de nombreux domaines dont :**

- Probabilités appliquées et Statistique mathématique
- recherche opérationnelle
- statistique démographique
- statistique économique et sociale
- statistique générale
- méthodes et outils informatiques

**La famille de ses auteurs devra s'agrandir et accueillir tous ceux qui , dans divers organismes, veulent diffuser leur savoir-faire dans le domaine statistique.**

**Dans le cadre de la collaboration entre l'Institut National de la Statistique et la Coopération Française, nous souhaitons une longue vie à la «Revue Zaïroise de la Statistique».**

**Le Chef de la Mission  
Française de coopération  
et d'Action Culturelle**

**G. de LUSIGNAN**



# **INTRODUCTION**

*La statistique n'est pas une science nouvelle, elle est aussi ancienne que la science économique.*

*En dépit de son ancienneté, elle est demeurée longtemps une activité marginale réservée à quelques érudits et ce jusqu'à l'avènement de la science économique empirique.*

*En effet, depuis cette époque la statistique a connu une évolution fulgurante embrassant ainsi la quasi totalité des disciplines de science pure et humaine.*

*Il n'est plus possible à notre époque de saisir l'activité économique, sociale, démographique et même politique sans recours à la statistique.*

*C'est pour cette raison que beaucoup de pays ont mis en place et développé des organismes nationaux de statistique en vue de collecter, traiter et disposer des informations nécessaires et indispensables à l'élaboration de la politique économique et financière annuelle, au contrôle global et continu de l'économie ainsi qu'à l'anticipation correcte des évolutions à court terme.*

*Le Zaïre n'a pas échappé à ce courant. C'est ainsi que fut créé, en 1978, l'Institut National de la Statistique en sigle I.N.S. avec pour mission le développement de la méthodologie statistique et la diffusion des résultats données chiffrées.*

*Malheureusement l'inadéquation observée entre les objectifs assignés à cet organisme et les moyens mis à sa disposition et le manque d'une politique de formation des cadres techniques n'ont pas permis à l'I.N.S. de répondre à la mission qui lui était confiée. Ses activités essentielles ont porté uniquement sur la publication des indices de consommation des biens de ménage à Kinshasa.*

*Aussi depuis quelques années le PNUD, le FED, la Banque Mondiale et particulièrement la Coopération Française ont-ils apporté un concours appréciable en vue de relancer l'I.N.S. C'est ainsi que des activités diverses ont commencé à naître et à se développer au sein de cet Institut.*

*La parution du premier numéro de la «Revue Zaïroise de la Statistique» et beaucoup d'autres travaux actuellement réalisables au sein de l'I.N.S. constituent le fruit des efforts ainsi consentis pour redynamiser cet Institut dont il est impossible de s'en passer à l'heure actuelle.*

*La revue a pour mission de servir d'une part de cadre de dialogue entre les spécialistes, et d'autre part de livrer au public une information sélective et synthétique sur les différents aspects socio-économiques du Zaïre. Elle inaugure ainsi la série des publications que l'I.N.S. compte mettre sur le marché au cours de cette année.*

**LE COORDONNATEUR DU COMITE PROVISoire  
DE GESTION DE L'I.N.S.**

**Prof. TIKER-TIKER**

# LA REVUE ZAIROISE DE LA STATISTIQUE

## I. COMITE PROVISOIRE DE GESTION DE L'I.N.S.

Prof. TIKER TIKER : Coordonnateur du Comité Provisoire de Gestion  
Mr LUTEKE SHABANTU : Superviseur des activités techniques et scientifiques.  
Mr KITOGA MBISO : Superviseur des activités administratives et financières.

## II. COMITE DE PATRONAGE

Le Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire  
Le Ministère des Finances  
Le Ministère du Budget  
La Coopération Française  
Le Conseil Supérieur du Portefeuille  
La Banque du Zaïre  
L'OFIDA

## III. CONSEIL SCIENTIFIQUE

### Professeurs Docteurs :

OHOTO O. (Fac. Sc. UNIKIN)	KINTAMBU (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)
MBAYA K. (ISS et UNILU)	KABUYA K. (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)
MUBENGA K. (Fac. Sc. UNIKIN)	MAPHANA (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)
MANYA NDJADI (Fac. Sc. UNIKIN et CRSAT)	NGONDO a P. (Dépt Démo. UNIKIN)
MVIBUDULU (ISC et CRSAT)	MAKWALA ma M. (Dépt Démo. UNIKIN)
MBUYI (Fac. Sc. UNIKIN)	TAMBASHE (Dépt Démo. UNIKIN)
LUHANDJULA (Fac. Sc. UNIKIN)	MANDA K. (CRSH)
LUMU (CRENK)	KANGA K. (IPN et ISTM)
KIONI KIA B. (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	LUHAHI a N. (UNIKIS)
ILASHI U. (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	KABASELE ka M. (Rédacteur en Chef/INS)
MUPINGANAYI K. (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	KASHALA T. (Ecole de Santé Publique UNIKIN)
MUNKENI (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	NDONGALA T. (IRES/UNIKIN)
KAMIANTAKO (Fac. Sc. Eco. UNIKIN)	

## IV. COMITE DE REDACTION

Redacteur en chef : KABASELE KA MUTOMBO  
Docteur en Démographie Directeur des Travaux à l'I.N.S.

Secrétaire de rédaction : LUTEKE SHABANTU  
Ingénieur des Travaux Statistiques Attaché des Travaux à l'I.N.S.

### Membres :

HUART D. : Statisticien Informaticien et Conseiller Technique Principal de la Coopération Française.	LIMBAKA B. : Démographe et Assistante de Travaux à l'I.N.S.
OUEDRAOGO I. E. : Statisticien Economiste et Conseiller en Formation Statistique du CESD à l'I.N.S.	MAKAYA Mb. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.
ARONDEL P. : Statisticien Economiste Expert de la Coopération Française à l'I.N.S.	KAYEMBE L. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.
MUHINDO G. : Statisticien Economiste et Chargé de Travaux à l'I.N.S.	BUNGU M. : Démographe et Attaché des Travaux à l'I.N.S.
LUKAKU Nz. : Statisticien Economiste et Chargé de Travaux à l'I.N.S.	TAMBA M. : Démographe et Attachée de Travaux à l'I.N.S.
NDJUNDU I. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.	KALENDI M. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.
MUKUNDA M. : Statisticien et Attaché de Travaux à l'I.N.S.	KABILA K. : Démographe et Attaché de Travaux à l'I.N.S.

# LA REVUE ZAIROISE DE LA STATISTIQUE

## numéro 1 SOMMAIRE

### 1.. STATISTIQUE DEMOGRAPHIQUE.

- 17263 1.1.. Niveaux et tendance de la mortalité infantile et juvénile à travers les sous-régions du Zaïre ( de 1955 à 1984 ). *p. 6-18*
- 17264 1.2.. Evaluation de la qualité des séries chronologiques des décès Cas de la ville de Kinshasa de 1970 à 1978. *p. 19-26*
- 17265 1.3.. La santé publique dans les régions : cas de l'Equateur en 1989 *p. 27-36*

### 2.. STATISTIQUE ECONOMIQUE.

- 2.1.. Méthodologie de l'Indice des Prix à la consommation des ménages au Zaïre.
- 2.2.. Les phénomènes saisonniers dans l'Indice des Prix à la consommation
- 2.3.. L'enquête Budget-Consommation auprès des ménages à Kinshasa

### 3.. RECHERCHE OPERATIONNELLE APPLIQUEE.

- 3.1.. La résolution de certains problèmes de transports urbains par la théorie des graphes : cas de la région urbaine de Kinshasa

### 4.. STATISTIQUE GENERALE.

- 17266 4.1.. Oeillade sur les statistiques judiciaires : les dossiers "Divorce" au Tribunal de Paix de la zone de MATETE à Kinshasa *p. 67-74*

### 5.. INFORMATION GENERALE.

- 5.1.. Le Centre de Formation de l'Institut National de la Statistique
- 5.2.. Quelques chiffres-clé de l'Economie du Zaïre

### 6.. L'I.N.S A LU POUR VOUS.

- 6.1.. Le Grand Marché Unique Européen de 1993

# Niveaux et tendance de la mortalité infantile et juvénile à travers les sous-régions du Zaïre (de 1955 à 1984)

par Kayembe Lunganga

Cet article a reçu le soutien financier de l'USAID.

*Les séries chronologiques sur la mortalité au Zaïre et plus particulièrement sur la mortalité infantile sont rares.*

*Depuis les données, jugées fiables, de l'enquête socio-démographique de 1955 (A. Romamuk), une autre étude semblable n'a pu être menée au pays. Cette source, bien qu'ancienne, a donc continué à être utilisée, faute de mieux.*

*Le problème était plus inquiétant pour le milieu rural que pour le milieu urbain. En effet, dans le milieu urbain, un certain effort, assez suivi il faut l'avouer, avait été consenti pour suivre l'évolution des phénomènes démographiques. L'INS et parfois d'autres organismes comme SICAI, UNICEF... avaient réalisé des enquêtes urbaines qui ont fourni des données d'une bonne valeur.*

*Pour raisons de coûts élevés principalement, la plupart des candidats bailleurs de fonds hésitaient à s'engager dans le financement d'enquêtes couvrant l'étendue entière du Zaïre (2.345.095 km<sup>2</sup>).*

*Il a fallu l'action combinée Zaïre-FNUAP-PNUD pour organiser et finaliser le recensement de 1984. Celui-ci est considéré comme la plus récente source permettant de concilier les connaissances de la démographie zaïroise d'antan avec celles d'aujourd'hui.*

*Notre objectif, dans cet article, consiste donc à jeter un pont sur les deux époques pour permettre d'observer, dans la mesure du possible, la tendance de la mortalité infantile et juvénile de 1955 à 1984.*

Cet article est un recueil de réflexions préliminaires sur l'évolution de la mortalité aux jeunes âges basées sur les données du recensement de 1984. Les indicateurs utilisés sont des quotients de mortalité aux jeunes âges.

Les variables utilisées pour les calculer sont : le nombre d'enfants nés vivants des femmes de 12 ans et plus, le nombre de ceux qui ont survécu, l'âge moyen à la maternité ainsi que le nombre total des femmes en âge de procréer, réparti par groupe d'âge. L'âge moyen à la maternité a été calculé à partir de données du recensement.

Pour les générer, le logiciel MORTPAK-LITE, The United Nations Software Packages for mortality measurement, pre-release version (25 nov. 1985), a été utilisé.

La famille de table-types choisie est la famille Nord.

## NOTATION :

*Pour les non-familiers des annotations démographiques, les sigles suivants ont été utilisés :*

*1q0: quotient de mortalité avant l'âge d'un an;*

*2q0: quotient de mortalité avant l'âge de deux ans;*

*4q1: quotient de mortalité entre un et cinq ans;*

*5q0: quotient de mortalité avant l'âge de cinq ans;*

*E. : Espérance de vie à la naissance. NOTEB*

Mr Kayembe Lunganga est Directeur de l'Organisation et de la Coordination à l'INS.

Le fichier de données utilisé est celui de l'échantillon au 1/10è.

Bien qu'il y ait eu quelques incohérences sur certains tableaux, celui utilisé pour produire ces indicateurs a bonne allure et n'inspire pas d'inquiétudes à ce sujet. Quelques aberrations à certains âges avancés dues à une mauvaise déclaration d'âge de la part des certaines mères, mais sans beaucoup d'influence sur les indicateurs produits, ont été constatées.

**Ce sera pour la première fois depuis l'enquête de 1955 que l'on dispose de tels indicateurs, pour les milieux ruraux, sur l'ensemble du territoire national.**

L'EDOZA, en 1975, n'en a fourni que pour l'OUEST du pays.

Ces indicateurs sont présentés sous forme de quotients de mortalité et proviennent, comme annoncé plus haut, du recensement de 1984.

Il importe de préciser ici que les quotients retenus ici, dans l'analyse, sont 2q0 3q0 et 5q0 qui sont issus de déclarations des femmes des groupes d'âge 20-24, 25-29, et 30-34 acceptées comme fiables.

En effet, l'expérience du quotient de mortalité infantile 1q0, basée sur les renseignements fournis par les mères de 15-19 est souvent écartée en raisons de l'influence qu'il subit de la part des erreurs dues à ce groupe d'âge, du faible nombre de naissances et décès à ces âges, et du haut risque de mortalité infantile relative aux jeunes mères.

Par ailleurs, le faible nombre de naissances à cet âge peut entraîner des fluctuations aléatoires des proportions dues au faible nombre de cas (15, p.73).

Le 2q0 utilisé ici est valable pour Mars 1982, ceci est pareil pour le quotient de mortalité juvénile 4q1 retenu. Cependant, la date de référence pour le 3q0 est Août 1980 et Oct 1978 pour le 5q0.

Nous croyons nécessaire de souligner également que l'analyse de la tendance ne pourra se faire que pour les entités dont une série chronologique des données sur la mortalité infantile est disponible.

---

## Méthode utilisée

---

Les indicateurs de mortalité infantile ou juvénile peuvent se calculer aisément quand on dispose de données sur les décès par âge relatifs aux enfants de moins d'un an ou de moins de cinq ans, selon le cas, ainsi que celles de la population, de même âge, d'où sont issus ces décès, pour l'année en question.

Malheureusement, pour le cas d'espèce, non seulement que de telles données ne sont pas disponibles, mais les indicateurs obtenus par méthode directe, sous-estiment, souvent, la réalité de la mortalité aux jeunes âges.

Ceci est un constat généralement fait avec les données issues des enquêtes et recensements menés dans les pays en développement (14).

Pour éviter d'aller au devant d'une sous-estimation manifeste, nous avons dès lors opté pour la méthode indirecte qui donne des résultats jugés satisfaisants (1, p.56; et 17, p.79).

Pour générer ces indicateurs, nous avons eu recours au logiciel Mortpak-Lite (U.N, 1985).

La méthode indirecte retenue ici, la méthode Brass, donne en générale de bons indicateurs de mortalité aux jeunes âges, surtout à partir de 2 jusqu'à 5 ans exacts, c.à.d. les quotients 2q0, 3q0, et 5q0 (11).

Mais, comme recommande Brass lui-même, ces quotients ne sont pas toujours cohérents avec les niveaux de mortalité qu'ils reflètent. Dès lors il importe de les convertir en niveaux de mortalité dans une des familles de table-type de Coale-Demeny, dans le but de comparer la structure issue de ces calculs à celle de la table. Le plus souvent il est recommandé de passer par des interpolations (via méthode logits) avant de retenir le niveau qui convient (17, p.70).

Comme cette partie exige un bon temps de réflexion et de travail effectif, et surtout qu'elle n'était pas incluse dans le présent papier, nous recommandons qu'elle fasse l'objet d'une étude ultérieure.

En ce qui concerne le modèle de famille utilisé, dans le cas de la Démographie Zaïroise, plusieurs expériences existent à ce propos, mais les plus connues utilisent les familles Nord ou Ouest. Nous avons opté pour la famille Nord dont la tendance et l'allure s'adapte mieux, à notre avis, à la situation du Zaïre (10, et 9).

---

## Source de données

---

Ce travail se base essentiellement sur le recensement scientifique de la population de 1984. Cependant, à titre comparatif pour s'assurer de la valeur de données issues de cette opération de 1984, et pour suivre la tendance là où c'est faisable, nous utilisons les données provenant de diverses enquêtes menées avant ou après 1984. Il s'agit de l'enquête de Romaniuk A.(1955), de certaines enquêtes urbaines de l'INS à travers les chefs-lieu de Régions, de l'enquête EDOZA de 1975 et de l'enquête UNICEF-FONAMES de 86-87.

Pour toutes ces sources, les données retenues dans les comparaisons sont issues de la méthode indirecte dite de Brass, à l'exception de celles issues de l'enquête Unicef-Fonames de 1987.

Il importe cependant, de souligner le caractère provisoire des indicateurs calculés à partir de données de recensement de 1984.

En effet, les données du recensement proviennent encore (au moment de la rédaction de cet article) d'un échantillon de 1/10ème qui n'est pas encore totalement au point. Les travaux de «toilette» du fichier, déjà avancés, ne sont pas encore terminés. Il est dès lors fortement conseillé de ne les utiliser qu'à titre indicatif.

Les premiers résultats issus de cette opération de nettoyage ont semblé se démarquer quelque peu de ceux-ci, du moins en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance.

C'est le cas pour les données, dans cet article, des régions du Shaba et de Bandundu pour lesquelles tout est pratiquement terminé.

Donc ce travail est essentiellement préliminaire et exige d'être confirmé aussitôt que la mise au point des données arrive à son terme.

Après cette présentation de la méthodologie et des sources de données utilisées, l'article s'articule comme suit:

- Présentation des résultats;
- historique;
- évolution de la situation;
- autres indicateurs de survie des enfants;
- Principales conclusions sur la survie des enfants eu égard aux résultats d'autres sources;
- bibliographie utilisée;
- une synthèse générale.

---

## Présentation des résultats

---

Sur base de données du recensement (tableau ci-dessous), on peut distinguer trois groupes de sous-régions:

-le premier est composé des sous-régions urbaines, où les niveaux de mortalité (2q0) sont modérés: moins de 100 p.1000.

Il s'agit de trois sous-régions urbaines que voici: Kinshasa, Kikwit et Matadi. Toutes les trois furent, jadis, des principaux centres urbains de l'ancienne province de Léopoldville;

-le deuxième groupe est mixte, sous-régions urbaines à niveau de mortalité plutôt élevé et sous-régions rurales de même catégorie; ici le niveau va de 100 à 150 p.1000. Se rangent dans ce groupe la plupart des sous-régions urbaines, toutes les autres sous-régions du Bas-Zaïre actuel (excepté le Bas-fleuve), et quelques sous-régions rurales d'autres régions, comme celle de l'Equateur, de la Tshopo, ainsi que celle de Tshilenge.

-enfin le dernier groupe est constitué essentiellement de sous-régions rurales où les risques de mortalité aux jeunes âges sont très élevés; plus de 150 p.1000.

Dans ce dernier groupe on déplore les conditions générales de survie qui sont défavorables aux enfants. Font partie de ce groupe, les autres sous-régions non citées avant mais généralement mentionnées ailleurs comme celles renfermant les conditions de vie plutôt dérisoires: ce sont toutes les autres sous-régions rurales, y compris la sous-région urbaine de Kisangani qui est ainsi mise en évidence dans ce lot .

Pour mieux comprendre cette classification, vous aurez besoin de consulter le tableau ci-dessous. Ce dernier est une centrale de données provenant de sources utilisées dans ce travail:

- le recensement scientifique;
- l'Edoza;
- l'Enquête de 1955-1957.

Cependant, vous devrez retenir que la dernière colonne portant sur l'espérance de vie à la naissance est issue de données du recensement.

Comme énoncé dans le texte, les données de l'Ituri semblent être douteuses, surtout en ce qui concerne le Iq0. Quant aux quotients de la s/région de Kabinda, nous avons jugé bon de ne pas les présenter car leur aberration, même après vérification et revérification, était trop manifeste.

Enfin, certaines entités ne sont présentes qu'au recensement pour les motifs suivant:

-pour ce qui est de l'Edoza, cette dernière n'a concerné que la partie Ouest du pays ainsi que deux s/régions de l'Equateur, à savoir l'Equateur et la Tshuapa pour les besoins de comparaison dans le temps. Et même à l'Ouest, certaines s/régions comme celle de Boma et celle de la Lukaya n'en font pas partie pour des raisons inconnues de nous.

-en 1955, l'Enquête avait, certes porté sur l'ensemble du pays, mais une bonne partie d'entités administratives actuelles ne revêtaient pas leur forme actuelle. C'est ainsi que vous constaterez que les données se rapportant à certaines entités administratives ne sont pas affichées.

Le groupement de toutes ces entités n'a tenu compte que de données plus récentes du recensement scientifique car présentant d'abord un éventail large d'entités administratives et ensuite permettant de procéder au calcul de plus d'indicateurs de mortalité aux jeunes âges.

**Quotients de mortalité infantile et juvénile  
dans les s/régions urbaines et rurales du Zaïre (en pour 1000)**

S/régions ou villes	1q0 (	2q0 census	4q1 census	5q0 )	5q0 (EDOZA)	2q0 (55-57)	5q0	E <sub>0</sub> (census)
V/KINSHASA	77	96	48	161	102	098	128	57.1
V/MATADI	57	69	31	116	162,3	-	-	62.3
V/BOMA	140	144	84	145	-	-	-	49.1
S/R CATARACTES	119	143	83	180	170,9	219	294	49.3
S/R LUKAYA	156	145	85	171	-	-	-	48.9
S/R BAS-FLEUVE	139	155	92	195	147,5	217	295	47.4
V/BANDUNDU	53	101	44	203	159,8	-	-	58.5
V/KIKWIT	96	84	41	136	185,3	-	-	59.3
S/R KWANGO	168	178	109	230	246,5	260	354	44.1
S/R KUILU	131	156	92	214	213,9	211	236	47.3
S/R MAI-NDOMBE	113	124	69	182	237,8	181	299	52.4
V/MBANDAKA	101	112	61	144	-	-	-	54.3
V/ZONGO	130	123	68	162	-	-	-	52.5
S/R EQUATEUR	118	148	87	187	191,7	116	185	48.4
S/R TSHUAPA	147	178	109	217	210,1	153	279	44.0
S/R MONGALA	129	154	91	169	-	214	281	47.6
S/R SUD UBANGI	110	161	96	213	-	-	-	46.5
S/R NORD UBANG	151	158	94	201	-	-	-	46.9
V/KISANGANI	149	155	91	158	-	180	243	47.5
S/R ITURI	061	153	90	219	-	-	-	47.8
S/R TSHOPO	134	148	87	197	-	-	-	48.5
S/R HAUT-UELE	114	164	98	183	-	158	258	46.1
S/R BAS-UELE	217	194	120	221	-	217	291	42.0
V/BUKAVU	99	134	77	179	-	-	-	50.6
S/R NORD-KIVU	126	153	90	203	-	161	293	47.7
S/R SUD-KIVU	190	213	135	289	-	291	329	39.3
S/R MANIEMA	136	164	98	207	-	238	301	46.1
V/LUBUMBASHI	80	100	52	133	-	135	171	56.5
V/LIKASI	108	113	61	115	-	-	-	54.2
V/KOLWEZI	125	129	73	151	-	-	-	51.4
S/R HAUT-SHABA	151	183	112	220	-	205	251	43.4
S/R HAUT-LOMAM	151	194	120	233	-	173	300	41.9
S/R LUALABA	179	210	133	250	-	154	213	39.7
S/R TANGANYIKA	127	177	108	222	-	137	235	44.2
V/MBUJI-MAYI	95	127	71	139	-	-	-	51.9
S/R TSHILENGE	137	148	83	197	-	-	-	49.2
S/R SANKURU	136	193	120	223	-	205	281	42.1
S/R KABINDA	?	?	?	?	-	196	276	?
V/KANANGA	77	131	74	157	112,7	-	-	51.2
S/R LULUA	168	203	127	253	233,3	292	381	40.7
S/R KASAI	128	164	98	170	197,9	310	408	46.1

\*:données douteuses, ?:données de base probablement mal calculées SOURCES:INS,recensement de 1984; EDOZA(1975); Romaniuk 1968

## Historique

La connaissance de la mortalité au Zaïre n'est pas très éloquente. Il y a, à cet effet, absence de séries chronologiques, remontant plus loin dans le temps, sur le plan de la mortalité pour l'ensemble du pays.

Le peu qui est connu, sous le régime colonial (avant 1955) fixait le niveau de la mortalité de la population à 40 p.1000 l'an (5).

Grâce à une enquête démographique par sondage (9), ce niveau fut estimé en 1955 à 20 P.1000, un taux qui indiquait une baisse sensible de la mortalité par rapport aux connaissances antérieures.

Cette tendance était renforcée par l'amélioration manifeste des conditions de vie de la population (soins médicaux, hygiène publique, eau potable, assainissement du milieu...).

Les écarts entre les milieux urbains et ruraux étaient très marqués, parfois allant du simple au double.

En ville, ce taux était de 10 p 1000 alors qu'il était de 23 p.1000 en milieux ruraux, démontrant clairement la volonté de l'administration coloniale de privilégier les centres urbains pour des raisons connues d'elle-même. La mortalité aux jeunes âges ne fut pas épargnée non plus.

Au niveau national, la mortalité infantile, en 1955, se situait à 104 p. 1000 alors que la mortalité juvénile était de 30 p.1000.

En ville, ces niveaux étaient respectivement de 80 et 20 p.1000 contre 113 et 34 p.1000 dans les campagnes. Depuis le début de l'époque coloniale jusqu'alors, ces niveaux étaient toujours considérés comme une sous-

estimation de la réalité qui devait, selon certaines opinions, se situer à un niveau beaucoup plus élevé. Depuis 1955 jusqu'en 1984, aucune étude, dans ce domaine, couvrant l'ensemble du pays, n'a pu être menée.

Plusieurs études ont été entreprises mais d'une façon sectorielle seulement: soit dans les milieux urbains (les enquêtes socio-démographiques et budgétaires de l'INS à travers les chefs-lieu de régions), soit sur une partie seulement du territoire (EDOZA 1975).

A l'issue de cette dernière enquête, la baisse de la mortalité fut confirmée. La mortalité générale, au niveau national, à 20 p.1000, le 5q0 à 151 et 214 p.1000 respectivement en ville et en milieux ruraux. Les disparités régionales constatées, lors de cette enquête, ont permis de mettre en lumière la valeur des résultats obtenus en 1955 (12, p.86-88).

Cependant, il faut vite faire remarquer que cette comparaison ne demeure valable que là où les modes de calcul ainsi que les méthodes de travail ont été les mêmes entre toutes les sources disponibles-tantôt on peut avoir utilisé la méthode directe-tantôt les techniques indirectes.

Ensuite il convient de souligner les divergences pouvant provenir des changements intervenus dans les limites administratives des entités géographiques à l'étude (notamment certaines sous-régions) malgré l'apparence des noms.

Ainsi, la ville de Léopoldville n'est pas nécessairement représentée par celle de Kinshasa actuelle dont l'étendue touche maintenant les rives de la rivière Kwango d'un côté, et dépasse Kimuenza-Gare de l'autre, alors qu'à l'époque coloniale et même plusieurs années après l'indépendance (1960), Kimuenza-mission (environ 25 km du centre ville) faisait partie de ce qui est considéré aujourd'hui comme Bas-Zaïre!

Ceci reste valable également pour la plupart de nos sous-régions urbaines qui, dans leur structure administrative actuelle, englobent une partie rurale appelée souvent domaniale.

Cela est d'autant plus vrai que les comparaisons, dans le temps, de taux bruts entre de telles périodes deviennent délicates à cause de l'influence que ces taux subissent généralement sous l'effet du changement constant des structures de la population de ces entités (exode rurale, et extension des entités urbaines)

---

## Evolution de la situation

---

Les données du recensement de 1984 viennent donc rompre un long silence dans ce domaine, avec l'espoir que l'expérience aura une suite.

Les raisons évoquées ci-haut, ne semblent pas avoir suffisamment d'effet sur les indicateurs présentés ici, en raison de leur nature et mode de calcul.

Quant à leur pouvoir de représenter les entités administratives en question ici, nous croyons que ce pou-

voir demeure, globalement, du fait que la structure n'a pas vraiment subi des modifications profondes.

Suivons donc le cours de cette évolution à travers les âges.

### - Groupe I

La mortalité, après avoir accusé une baisse vers les années 58-63, aurait ralenti son rythme de baisse jusqu'à ce jour, au point d'amorcer même une remontée. Les niveaux atteints en 1984 (recensement) se seraient confirmés en 1987 (6).

Le niveau de la mortalité infantile (2q0) dans la capitale zaïroise serait passé de 78 à 84 et puis à 87 p.1000, respectivement de 1955 (9) à 1967 (8) et à 1984 (6). Le 5q0 serait passé de 128 en 1955 à 102 en 1975 (EDOZA), et à 161 p.1000 au recensement de 1984. Sur cette base on peut penser que les conditions de survie des enfants seraient en décadence dans la capitale zaïroise.

A partir de données du recensement ou de l'EDOZA, il s'avère difficile de déterminer les facteurs qui sont à la base de cette tendance.

Mais nous référant aux données de l'Unicef-Fonames (6), qui présentent pratiquement le même niveau que celles du recensement, il semble bien que c'est l'environnement immédiat qui en soit la cause principale, en ce qui concerne les villes.

En effet, les causes qui reviennent le plus en association avec la mortalité des enfants sont, en ordre d'importance, la fièvre, la diarrhée et les maladies respiratoires, toutes, maladies d'origine exogène, donc de l'environnement immédiat :

- l'habitat humain, qualité de l'eau consommée, accessibilité aux services de santé...

L'infrastructure de base qui, à l'époque coloniale, faisait la fierté de la ville, est aujourd'hui, en état de décadence avancée.

L'absence de toute volonté palpable de freiner cette dégradation de l'environnement, ne présage rien de bon qui puisse améliorer les conditions de survie des enfants, pour le court et le moyen terme.

Les efforts que les pouvoirs publics ont à fournir sont sans cesse appelés à s'accroître, car la ville n'a pas cessé de s'étendre et la population de s'accroître sous l'effet conjugué de l'exode rurale et l'accroissement naturel. A part la situation de Kinshasa qui vient d'être évoquée ci-dessus dans ce groupe I, les choses ne semblent pas aisées à suivre à cause du manque de série chronologique sur la mortalité infantile pour les autres entités de ce groupe.

Quant à la mortalité juvénile, les choses semblent s'être améliorées pour les milieux urbains mais pas de la même façon partout.

A Matadi, le 5q0 est passé de 162,3 à 116 p.1000, accusant ainsi une baisse de 46,3 p.1000.

En effet, les données de l'EDOZA (1975) révèlent que le quotient de mortalité avant cinq ans (5q0) serait passé de 162,3 (en 1970), dans cette ville à 116 (en 1978) au recensement de 1984.

Par calcul direct, Ngondo trouve un 5q0 de 105 p.1000 (7). Si l'on sait que les calculs directs minimisent souvent, on peut penser que ce niveau serait proche de celui du recensement en 1984, si la méthode indirecte était d'application.

Matadi aurait probablement subi positivement l'influence de la présence des installations portuaires. Mais l'espérance de vie à la naissance de 62.3 est tellement élevée qu'elle inspire quelque doute et exige une vérification profonde avec une autre source, sous réserve que nos calculs sont corrects.

En effet, on sait que Matadi connaît des problèmes d'ordre social qui ne lui permettraient pas d'afficher un tel score: infrastructure hospitalière décadente, eau potable non généralement disponible à la majorité, problème de logement, d'assainissement du milieu... Ceci n'a pas été le cas pour le reste de la région du Bas-Zaïre où les choses se sont dégradées d'une façon notoire.

Les plus graves écarts de détérioration se sont observés dans le Bas-fleuve et les Cataractes.

Dans le Bas-fleuve, le 5q0 est allé de 147,5 (Edoza) à 195 p.1000 (recensement) alors que ce même indicateur n'est monté que de 170,9 (Edoza) à 180 p.1000 (recensement) dans les Cataractes.

Dans le Bandundu, la situation n'est pas bonne non plus. Elle est plus mauvaise dans la ville de Bandundu que dans celle de KIKWIT. Dans cette dernière, en effet, il semble que le gain accumulé vers les années 1970 se soit amélioré.

En 1987 (7) d'après les calculs directs, 113 enfants sur 1000 qui venaient au monde n'avaient pas la chance d'atteindre cinq ans; ce quotient est évalué à 136 p 1000 au recensement, alors qu'en 1975 (EDOZA), il était de 185 enfants sur 1000.

Mais à la lueur de données issues des calculs directs (Unicef-Fonames), il y aurait eu baisse de niveau de mortalité avant l'âge de cinq ans à Kikwit et non dans la ville de Bandundu.

Dans les sous-régions rurales, bien que les niveaux se soient maintenus plus haut, il y a eu quand-même baisse par rapport à la situation antérieure à celle du recensement de 1984.

Mais depuis la période EDOZA jusqu'à celle du recensement, les conditions générales de vie des enfants ont semblé stagner. Même quand on a recours à la situation de référence plus récente (2q0, recensement 1984) on constate que beaucoup plus d'enfants meurent encore avant d'atteindre leur premier anniversaire!

Les mêmes réserves formulées à propos de l'espérance de vie à la naissance de Matadi sont également valables ici pour les villes de Bandundu et de Kikwit.

## Groupe II

Dans le groupe II, nous trouvons presque tous les chefs-lieux de Région, sauf Kisangani qui se voit rangée dans le groupe III.

A l'Equateur la situation a suivi la même tendance ascendante. Par manque de séries chronologiques fiables, l'étude de l'évolution de la situation des enfants dans les milieux urbains là-bas nous est difficile à suivre. Pour les seules s/régions rurales de l'Equateur dont les données étaient disponibles en 1975 (EDOZA), soient Tshuapa et l'Equateur, on note la même tendance.

La mortalité juvénile (5q0) chute entre 1955 et 1975, puis reprend de plus bel sa montée entre 1975 et 1984. Dans ce groupe II, seule la s/région de l'Equateur se range à côté des villes de Mbandaka et Zongo. A ce sujet, on ne peut pas s'empêcher de constater, par rapport à sa situation de 1955, que la s/région de l'Equateur a régressé.

En effet, de 116 p.1000 que son 2q0 se chiffrait en 1955, cet indicateur était passé à 148 p.1000 au recensement de 1984. Et même son 5q0 a connu d'abord une hausse, de 185 (en 1955) à 191,7 p.1000 (en 1975), puis une légère chute en 1984, soit 187 p.1000.

Pour les autres s/régions à travers le reste du pays, nous notons que de 1955 à 1984, il y a eu baisse des 5q0 sauf quelques cas rares.

Dans le Bas-Zaïre, la ville de Boma et les s/régions de Cataractes et Lukaya font partie de ce groupe. Pour la s/région de Cataractes, ce score de 143 p.1000 (2q0) constate une nette amélioration par rapport à 1955, soit 219 p. 1000. Mais c'est possible que ces deux chiffres ne représentent plus une même entité administrative entre les deux périodes.

Dans le Haut-Zaïre, seule la s/région de la Tshopo s'est rangée dans ce groupe. Dans cette région, la mortalité infantile avait toujours été élevée, même en 1955 où les niveaux observés dépassaient toujours 200 p.1000. Dans le Kivu, il n'y a que la ville de Bukavu, avec son quotient de 134 p.1000 qui puisse avoir un score inférieur à 150 p. 1000 (2q0). Cette tendance, observée en 1955 au niveau de la région, s'est donc maintenue malgré le temps.

Au Shaba, à part les s/régions urbaines, aucune s/région rurale n'affiche un niveau inférieur à 150 p. 1000. Pourtant, le Tanganika avait en 1955 un niveau de 137 p. 1000. comme 2q0. Cette s/région perchée sur les bords du lac Tanganika, n'a pas su conserver le niveau atteint jadis.

Le Kasai n'a pas échappé à cette règle, car son niveau médiocre d'antan, ne s'est amélioré que pour les villes de Kananga et Mbuji-Mayi. Signalons en passant que la s/région de Tshilenge, qui est en fait une ceinture autour de la ville de Mbuji-Mayi, est la seule s/région des deux Kasai à se classer dans ce groupe. Sa promiscuité avec la capitale régionale du Kasai Oriental lui a été très avantageuse, car elle semble avoir joui probablement de mêmes avantages qu'elle.

Au niveau général, le niveau de la mortalité infantile reste relativement élevé par rapport à la moyenne des autres pays à conditions sociales, culturelles et économiques semblables (16).

En général, le Bas-Zaïre reste toujours en tête par rapport aux autres régions. Les conditions de vie des

enfants y sont relativement meilleurs que dans la plupart de régions. L'infrastructure sociale de base n'y est elle pas la meilleur de toute la République... Vers les années 1975 (EDOZA), les niveaux des 5q0 sont restés stationnaires, ils ont subi une chute pour la plupart, entre 1955 et 1984, parfois d'une façon marquée.

### Groupe III

Les sous-régions de ce groupe semblent avoir conservé leur rang d'antan. La mortalité infantile y est encore élevée, bien qu'il y ait une légère amélioration en général, par rapport à l'époque antérieure.

Dans ce groupe, le Bas-Zaïre n'affiche que la s/région du Bas-fleuve dont le niveau de mortalité infantile est d'ailleurs parmi les plus faibles du groupe (155 au recensement contre 217 p.1000 en 1955).

Au Bandundu on dénombre, en 1984, deux s/régions à haut risque pour les enfants de moins d'un an. Il s'agit du Kuilu (156 p.1000) et du Kwango (178 p.1000). En 1955, ces deux s/régions avaient respectivement 211 et 260 p.1000 comme 2q0. Cependant, par rapport à 1955, les niveaux de 5q0 pour ces deux entités ont connu une chute, soit de 236 à 214 p.1000 et 354 à 230 p.1000 respectivement pour Kuilu et Kwango.

A l'Equateur, à part la s/région de l'Equateur qui fait corps avec le groupe II, toutes les autres s/régions rurales de cette région font partie intégrante du groupe III. Parmi elles, la Tshuapa qui, en 1955 avait 153 p.1000 de 2q0, affiche en 1984 le score le plus élevé de la région (178 p.1000).

La région du Haut-Zaïre est parmi celles dont la situation est la plus désastreuse. Une seule s/région échappe au groupe III, c'est la Tshopo. Le reste, y compris la ville de Kisangani, capitale de la région, est confiné dans ce groupe.

Le cas le plus préoccupant est celui de la ville de Kisangani qui affiche l'image de la désolation et de l'abandon.

Le niveau de mortalité aux jeunes âges issu de l'enquête Unicef-Fonames (5q0, calcul direct), peut atteindre des chiffres bien supérieur à celui trouvé à partir de données du recensement (158 p.1000), si on procédait par calcul indirect.

Tout porte à croire que ce niveau doit être voisin de celui des sous-régions rurales de son groupe. Le niveau de la mortalité infantile dans cette ville a certes baissé (de 180 p.1000 en 1955 à 155 p.1000 en 1984), mais il est demeuré élevé par rapport à celui des autres villes du pays de même catégorie.

Les données de l'Ituri sont douteuses. On se rappellera qu'en 1955 la collecte de données sur la mortalité s'était butée à une barrière culturelle.

En effet, dans cette sous-région la population n'aime pas aborder les sujets en rapport avec la mort d'un proche.

Cette mentalité a-t-elle changé où s'agit-il ici d'erreur d'une autre nature?

Ce point mérite que nous y revenions.

Au Kivu, seule la ville de Bukavu a pu trouver de la place dans le groupe II. Les autres s/régions ont présenté un niveau très élevé, si bien que la s/région dont le niveau de mortalité infantile est le plus élevé au pays en 1984 est parmi elles, le Sud-Kivu avec 213 p.1000. Pour mémoire, rappelons que cette s/région occupait la 3<sup>è</sup> position en 1955 avec 291 p.1000. Il y donc eu, malgré tout, une certaine amélioration, mais est elle due à une action consciente des pouvoirs publics?

La situation au Shaba est surprenante. Région minière de premier choix, les conditions de survie des enfants sont plutôt médiocres par rapport à celles du Bas-Zaïre.

Toutes les s/régions rurales du Shaba sont concentrées dans le groupe III et ont des quotients (2q0) allant de 183 à 210 p.1000 en 1984. Lualaba, qui a accusé ce dernier score, affichait 154 p.1000 en 1955 et a semblé avoir souffert plus que les autres s/régions.

Cette détérioration des conditions de vie au Shaba en général et dans ses s/régions rurales en particulier, semble être la conséquence logique des troubles incessants qui ont secoué cette partie de la République vers la fin des années 70 et ont déstabilisé toutes les structures sociales, culturelles...

Au Kasai, les choses se sont améliorées légèrement. Jadis, en 1955, le premier (310 p.1000 dans la s/région du Kasai) et le deuxième score (292 p.1000 dans la s/région de la Lulua) provenaient du Kasai. Aujourd'hui bien qu'ayant enregistré d'importantes baisses, les s/régions rurales du Kasai conservent encore les niveaux de mortalité infantile parmi les plus élevés au niveau nationale.

Région enclavée, comme le Shaba dont il dépend en partie pour les échanges commerciaux, le Kasai aurait probablement subi les malheurs de cette région dont il partage partiellement le sort.

Il est clair que si un effort sensible n'est pas sérieusement engagé dans le secteur social, les conditions générales de survie des enfants seront totalement désastreuses, dans un avenir très proche.

Parmi les s/régions qui ont connu des hausses brutales, nous pouvons citer le Bas-fleuve où 148 enfants sur mille mouraient avant l'âge de 5 ans à l'époque de l'EDOZA 1975, mais qui a vu ce chiffre monter à 195 au recensement de 1984. Le même rapport était de 171 à 180 pour la sous-région de Cataractes, 160 à 203 pour la ville de Bandundu et de 237 à 253 pour la Lulua...pour ne citer que ces quelques sous-régions parmi celles dont les données sont disponibles. Il est toutefois évident de constater que l'environnement zaïrois (surtout urbain) s'est considérablement détérioré ces dernières années et affiche un état d'insalubrité et de saturation jamais atteint jusque là.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que les maladies telles que la diarrhée et le paludisme viennent en tête des principales causes de décès dans les milieux urbains du Zaïre (7).

---

## Autres indicateurs de survie de l'enfance

---

En faisant recours aux calculs indirects, il a été possible de générer, pour chaque sous-région une série de proportions des enfants survivants de ceux nés des mères âgées de 15 à 45 ans.

Ceci se traduit par l'allure des courbes de survie des enfants par âge des mères, c-à-d les proportions d'enfants décédés par âge de mères, pour chacune des sous-régions.

Pour des raisons évoquées plus haut concernant le nettoyage des fichiers, nous avons suggéré les graphiques des régions du Shaba et de Bandundu uniquement dont les fichiers ont déjà été nettoyés (au moment de cette rédaction).

Le même constat se dégage: la mortalité infantile en ville est bien meilleur qu'en milieux ruraux.

Dans le Shaba, les s/régions rurales de Lualaba et de Haut-Iomami présentent les niveaux les plus élevés. Pour ce qui est de l'allure de la courbe de survie du Haut-Iomami, nous croyons qu'il y a probablement eu mauvais calcul vers les âges avancés.

Mais ceci ne change en rien la tendance générale qui est descendante. Les niveaux baissent certes mais restent néanmoins toujours élevés. (fig.1).

Dans le Bandundu, c'est le Kwango qui est en tête, suivi du Kwilu, à un niveau plus bas que celui de Lualaba.

En effet, les courbes de survie à travers les s/régions de Bandundu sont situées à un niveau plus bas que celui observé dans le Shaba (fig.2). Ceci se remarque à travers le tableau où on peut constater que l'espérance de vie à la naissance à travers les sous-régions de Bandundu est meilleur que celle observée au Shaba.

Cette tendance semble être l'inverse de celle qui aurait prévalu à une époque antérieure.

On peut, en effet, remarquer, globalement, que le niveau de la mortalité infantile était probablement plus élevé au Bandundu qu'au Shaba (fig.3). Les choses se seraient probablement inversées récemment sous l'effet des facteurs qui restent encore à investiguer.

---

## Principales conclusions

---

### Synthèse des principales conclusions

Bien que ne disposant pas de données suffisamment détaillées pour chaque entité et remontant plus loin dans le temps, il apparaît toutefois que les conditions de survie des enfants au Zaïre se soient réellement détériorées.

En général, les indicateurs de mortalité aux jeunes âges ont suivi, depuis pratiquement 1955, une courbe descendante jusqu'aux environs de 1975, depuis lors une décélération semble s'être amorcée.

Les causes sont multiples et méritent une investigation profonde.

Les données de recensement utilisées ici, ne sont pas de nature à pouvoir donner une idée de ces facteurs explicatifs. Une tentative d'explication vient de l'enquête Unicef-Fonames de 1987.

En effet, d'après cette dernière source, il semble que la détérioration des conditions du milieu, déjà déficientes, ait eu un impact négatif sur la qualité de la vie chez l'enfant (du moins dans les milieux urbains).

L'effort consenti pour mettre à la disposition de la population les infrastructures sociales indispensables pour améliorer la qualité de la vie n'a pas suivi le même rythme que celui de l'accroissement démographique. Le nombre de formations médicales a baissé dans certaines entités, laissant ainsi un grand nombre d'habitants dans l'impossibilité de consulter un médecin.

La couverture vaccinale est demeurée encore très faible malgré les efforts des pouvoirs publics:

- 20,4% de femmes enquêtées étaient sans instruction;
- 46,7 % connaissent la solution salée sucrée (SSS) mais 35,5 % seulement y ont recours en cas de besoin;
- l'état de l'habitat s'est sérieusement détérioré (plusieurs des habitations dans les milieux urbains datent de l'époque coloniale et sont déjà totalement amorties) et continue à se dégrader à cause de la saturation, de la sur-utilisation et du manque d'une politique réelle de l'habitat;
- l'insalubrité publique a atteint des proportions non encore atteintes jusque là.

Il a été constaté qu'il y avait plus de cas de fièvre ou de diarrhée dans les ménages n'utilisant pas une poubelle que dans ceux qui en possédaient une.

L'usage des latrines est presque universel (97,9 % des ménages).

Mais 61,2 % seulement les utilisent à titre individuel alors que 36,7 % restent à titre communautaire au sein de la parcelle.

De tous les ménages qui possèdent une poubelle, seules 3,7 % savent la couvrir, la majorité soit 51,3 n'en connaissent pas l'importance et 45,0 % jettent les déchets en surface ou dans la nature;

- une bonne partie de la population (28,0% en ville) n'a pas accès à l'eau potable

- 23,1% des enfants en milieux urbains sont mal nourris...

Ce taux est plus important à Zongo (50%), Boma(33,3%), Bandundu (30,0%) et à Kisangani (28,3%).

De 1955 jusqu'à ce jour, les niveaux de mortalité en milieux ruraux sont demeurés plus élevés qu'en milieux urbains (9 et 12).

Si ce rapport de force s'est maintenu jusqu'aujourd'hui (ce qui est vraisemblable), tout porte à croire que les conditions de survie de l'enfant dans ces milieux se sont encore plus détériorées qu'en ville! Mais les causes peuvent ne pas être de même nature.

Les données du recensement montrent déjà le niveau des écarts entre les deux milieux et confirment nos hypothèses.

Les quotients de mortalité observés (2q0, 3q0 et 5q0) sont plus élevés en milieux ruraux qu'en milieux urbains.

Cette tendance continuera en s'amplifiant de plus en plus aussi longtemps que les facteurs pouvant réellement jouer dans le sens contraire ne sont pas mis en place.

---

## Contraintes et lacunes

---

Le recensement de 1984 a été appelé scientifique car il devait passer et il est passé par toutes les phases classiques d'une opération de cette envergure: la cartographie, la conception de documents censitaires, la rigueur scientifique sur les normes. A l'état actuel de l'avancement des travaux d'exploitation de données du recensement, il nous paraît précoce d'aborder en profondeur ce sujet qui revêt une importance capitale tant qu'il retrace les limites de validité, non seulement des données de base, mais aussi et surtout de conclusions auxquelles conduisent ces données. Comme pour toute opération de ce genre, entreprise dans un pays en développement, le présent recensement n'échappe pas à la règle. Les données collectées sont certainement incomplètes et parfois sujettes à caution pour certaines rubriques.

Nous n'allons pas aborder, ici, ce vaste sujet qui exige beaucoup plus d'heures de travail que ne le permet le cadre du présent travail. Signalons cependant que la qualité de données souhaitée dépend aussi de ce qu'on veut en faire. Il est évident que pour des besoins d'usage administratif (impôt, base légale pour les élections, base de sondage dans les collectivités ou localités...) on ne saurait travailler avec les données de cet échantillon de 1/10 ème sans qu'elles ne soient extrapolées. Il est clair, du fait que l'exploitation de ce recensement n'est pas encore au niveau exhaustif, que l'évaluation de la qualité de données pour de tels besoins ne soit pas une préoccupation pour le moment.

Il sera plutôt question ici, de parler des contraintes ou lacunes liées à l'usage de données sur la fécondité et la mortalité.

Avant que nous ayons la confirmation et les détails sur le sujet, disons d'emblée que les lacunes qui reviennent le plus souvent sont du type classique:

**- la mauvaise déclaration de l'âge, surtout pour les femmes âgées de plus de 30 ans.**

Ce biais peut se voiler en procédant au groupage des âges individuels ou à l'usage de différentes formes

d'ajustements, voire même l'emploi du logiciel CONCOR pour redresser tous les biais à partir du fichier de base.

Pour le cas d'espèce, le groupage et le CONCOR ont été d'usage.

Une tentative d'évaluation de la qualité de ces données a été faite (2) et est arrivé à la conclusion que la déclaration sur l'âge a subi quelques distortions. Ceci a été surtout le cas chez les femmes où les distortions ont été le plus observées. Mais dans l'ensemble les données sont fiables à cet égard.

C'est à Kinshasa où il a été remarqué un gonflement d'hommes entre 30 et 65 ans. Sans doute un résultat de l'exode rural.

A travers les régions, au Kasai-occ on a constaté une sur-représentation des hommes vers le troisième âge. Au Shaba et au Bandundu des distortions relativement importantes ont été observées chez les hommes (Shaba) et chez les femmes (Bandundu):

**-un déplacement d'effectifs de femmes de 35-39 vers 40-44 a été observé presque dans toutes les régions. Ce phénomène d'auto-vieillesse précoce de femmes de suite de la maternité pourrait avoir comme conséquence de causer un déplacement analogue mais, cette fois, de naissances.**

Mais ce biais, comme les autres de même nature que nous avons évoqués dans ce papier sont ajustables par des techniques disponibles pour ce faire

**-la mauvaise déclaration (omissions) du nombre de naissances qui ont eu lieu au cours de douze derniers mois.**

Ce phénomène appelé effet de télescopage, s'est rencontré notamment sur le fichier ménage mais peut se corriger par le truchement des calculs indirects. Le même type d'erreur se serait probablement glissé sur d'autres variables notamment sur la déclaration des décès de 12 derniers mois, sur le même fichier ménage et peut être ajusté également de la même façon.

Ces lacunes liées à la collecte étaient certainement l'effet de la fatigue car les tableaux récapitulatifs, qui sont la base de ce fichier, sont issus de calculs manuels des agents recenseurs revenant, le soir, du terrain parfois dans un état de fatigue inextricable.

Mais techniquement parlant, il convient de noter comme explication, la mobilité trop grande des ménages, surtout dans les milieux urbains du Zaïre, qui peut conduire à des cas d'omissions manifestes. Dans plus d'une enquête que l'INS a dû mener dans les chefs-lieu de régions du Zaïre, ce constat a été fait (3 et 8). Mais ce sujet si passionnant mérite qu'il soit développé en détails.

---

## SYNTHESE GENERALE

---

Une série chronologique sur la mortalité infantile au Zaïre reste maigre jusqu'à ces jours.

La cause principale était le manque de données fiables et à jour.

En effet, depuis les données de l'Enquête socio-démographique de 1955 qui couvraient l'ensemble du territoire du Zaïre, les diverses autres enquêtes (INS, UNICEF-FONAMES, EDOZA...) n'ont pu couvrir que partiellement l'étendue du pays. Certaines se sont concentrées uniquement en milieux urbains (enquêtes INS, Unicef-Fonames 86-87) alors que d'autres n'ont pu toucher qu'une partie seulement du pays (EDOZA).

Le recensement de 1984 est donc la seule source récente pouvant nous permettre de confirmer ou non les estimations généralement utilisées pour la démographie zaïroise.

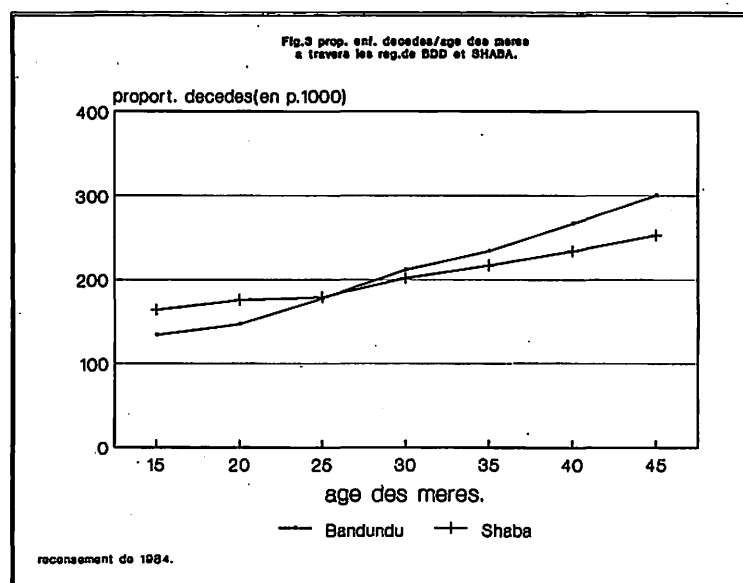
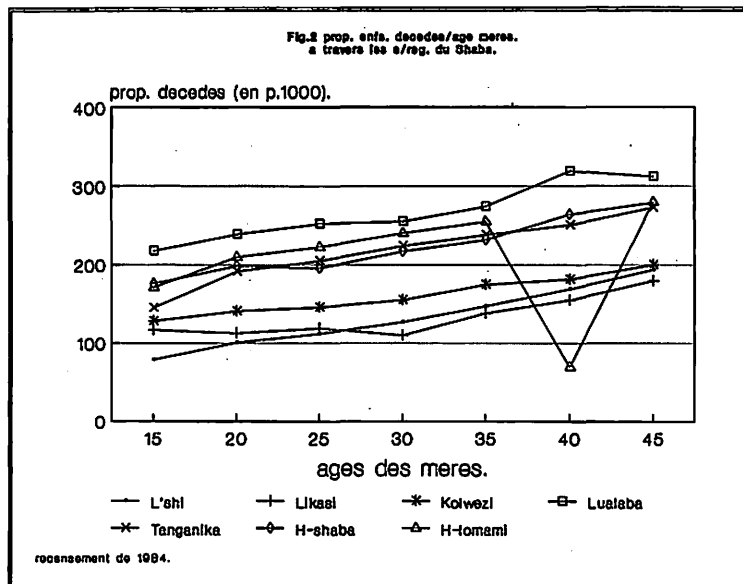
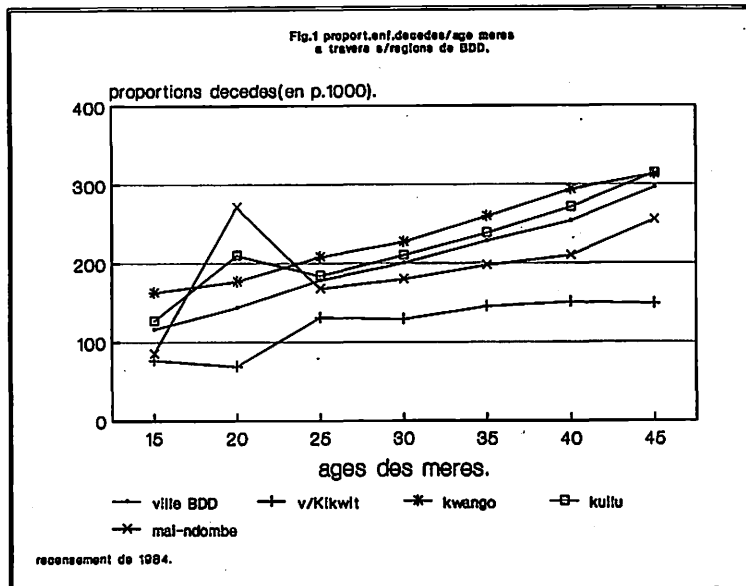
Les calculs indirects, appliqués dans ce travail, sur les données de ce recensement confirme la tendance générale à la baisse de la mortalité infantile et juvénile. En effet, il ressort de ces chiffres que moins d'enfants meurent aujourd'hui qu'il y a 25 à 35 ans. Mais le niveau actuel demeure néanmoins élevé par rapport à celui des pays aux conditions socio-économiques similaires, alors que la tendance à la baisse amorce une décélération.

Toutes proportions égales, le recensement a également confirmé que les conditions de survie des enfants restent de loin meilleurs dans les centres urbains que dans les milieux ruraux. Et ce rapport de force semble prendre de plus en plus d'ampleur et l'écart entre les deux milieux se creuse d'avantage aux dépens des milieux ruraux.

Si ce constat se confirme, l'exode rural aura toute les raisons du monde pour se renforcer et se pérenniser. Cependant il a été remarqué (6 et 7) que le niveau de la mortalité aux jeunes âges est en train de remonter dans les milieux urbains, alors que les conditions générales de vie et l'environnement urbain se détériorent d'avantage:

- près de 30 % de la population urbaine n'a pas accès à l'eau potable;
- les centres urbains connaissent un degré d'insalubrité et de saturation jamais atteint jusque là;
- l'hygiène publique demeure un luxe réservée à une minorité;
- la malnutrition atteint presque un enfant sur quatre (23,1 %);
- alors qu'une femme urbaine sur cinq n'a pas connu l'école...

Les conclusions auxquelles nous sommes arrivés appellent d'autres études, dans ce domaines pour confirmer ou non ces réflexions. La porte est ouverte à quiconque le voudra pour emboîter le pas.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Brass W., *Methods for Estimating Fertility and Mortality from limited and Defective Data*, laboratories for population statistics, an occasional publication, The University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, N.C 27514, USA, sept. 1971.

Summary : Indirect methods for mortality and fertility measurement for defective and limited data collected during a survey or a census.

### DEMOGRAPHY/INDIRECT TECHNIQS

2. Bulemi N.A., *Evaluation de la qualité des données sur l'âge et les naissances dans le recensement scientifique de 1984; mémoire de licence.*

Résumé : Travail de fin d'étude pour l'obtention du grade de Licencié en Démographie.

Le travail consiste en l'évaluation des données du recensement de 1984, en ce qui concerne la déclaration de l'âge et des naissances.

### DEMOGRAPHY/FINAL PAPER FOR A DIPLOMA

3. Commissariat Général au Plan, *Etudes Socio-Démographique de Kananga 1974, rapport général*, INS(DSDS), 1978.

Résumé : rapport général de l'enquête socio-démographique menée à Kananga en 1974. Recueil de données démographiques indispensables pour assurer la meilleure connaissance de la population et ses paramètres pour mieux dégager ses tendances d'avenir et aboutir à une étude comparative avec les résultats obtenus dans d'autres centres urbains.

### SOCIO-DEMOGRAPHIC/SURVEY/KANANGA

4. Gendreau Fr. et al. *MANUEL DE YAOUNDE, Estimations indirectes en Démographie africaine*, UIESP GDA IFORD ACIDI, Editions Derouaux-Ordina, 1985, Liège (Belgique).

Résumé : Recueil de techniques indirectes diverses à la disposition du public travaillant avec les données démographiques africaines. Il contient des rappels théoriques essentiels pour un usage approprié des techniques, il s'efforce de présenter la démarche utile pour traiter les problèmes courants en expliquant de manière détaillée les étapes de calcul des techniques retenues pour leur pertinence par rapport aux données exploitées.

### DEMOGRAPHY/INDIRECT TECHNIQS

5. Ngondo P., *Dynamique de la Population de la République du Zaïre*, in *Travaux et Recher-*

*ches Démographiques*, Doc n°3, Kinshasa, Avril 1987.

Résumé : papier de recherche présentant l'évolution de la croissance démographique au Zaïre depuis l'époque coloniale jusqu'à l'époque la plus récente.

### DEMOGRAPHY/POPULATION DYNAMIC/ZAIRE

6. Ngondo P. et al, *Morbidité et Mortalité Infantile et Juvénile à Kinshasa, Niveaux et Déterminants*, Unicef-Fonames, Kinshasa, Avril 1988.

Résumé : Résultats principaux de l'enquête menée dans le cadre de l'Etude de l'impact des mesures de réajustement structurels sur le couple mère et enfant dans la capitale en 1986; on y parle de niveaux de mortalité infantile et juvénile ainsi que de causes principales de maladies et de mortalité dans la ville de Kinshasa.

### HEALTH-DEMOGRAPHY/SURVEY/KINSHASA/REPORT

7. Ngondo P. et al, *Morbidité et Mortalité Infantile et Juvénile dans les Grandes Villes du Zaïre, Niveaux et Déterminants*, Unicef-Fonames, Kinshasa, Avril 1988.

Résumé : Même contenu mais cette fois sur les 13 villes officielles du Zaïre en 1987.

### HEALTH-DEMOGRAPHY/SURVEY/ZAIRE/REPORT

8. ONRD, *Etude Démographique de Kinshasa 1967, rapport général*, INS, 1969.

Résumé : C'est le rapport général de l'enquête socio-démographique menée par l'INS dans le cadre d'un vaste projet de recherche que l'INS a mené dans les principaux centres urbains du pays, son objectif était de contribuer à une connaissance aussi complète que possible de la croissance démographique et économique de Kinshasa. Plusieurs indicateurs y sont présentés sur le plan démographique, habitat et économique.

### SOCIO-DEMOGRAPHY/SURVEY/KINSHASA/REPORT

9. Romaniuk A., *The Demography of the Democratic Republic of the Congo*, in Brass W. et al, *The Demography of Tropical Africa*, Princeton, New-Jersey, second printing, 1968.

Summary : Revised edition of the preliminary report of the socio-demographic General Inquiry undertaken all over the country from 1955 to 1957.

The version was worked out in accordance with the latest technics, on the field, produced by W.Brass. Indicators are produced and are reliable, but they are related to areas of boundaries prevailing in Zaïre during that time.

#### **SOCIO-DEMOGRAPHY/SURVEY/ZAIRE/REPORT**

10. Shneidman M., Document de travail sur le recensement scientifique de la population de 1984, World Bank,

Summary : Unpublished attempt to produce rates on fertility and mortality with data from the 1984 census; Indirect technics are used to obtain these indicators. Some comparisons are made with results derived from the 1955-1957 General Inquiry.

#### **DEMOGRAPHY/RESEARCH PAPER/ZAIRE**

11. Shryock H.S. et al, The Methods and Materials of Demography, condensed edition, Edward G.Stockwell, Academic Press, 1976, New-York, London, Toronto, Sydney, San Francisco.

Summary : Theoretical document presenting a systematic and comprehensive exposition, with illustrations, of the methods used by technicians and research workers in dealing with demographic data. This book can be used by specialist as well as by planners and any persons concerned with population matters.

#### **DEMOGRAPHY/THEORY AND TECHNICS**

12. SICAI, UCL, EDOZA, Etude Démographique de l'Ouest du Zaïre (1975-1976), Mouvement de la Population, Tome 3, Louvain la Neuve, 1978.

Résumé : Rapport général d'Enquête de l'Ouest du Zaïre sur le mouvement de la population: on y trouve les indicateurs sur la fécondité, la mortalité, les migrations et la croissance démographique.

#### **SOCIO-DEMOGRAPHY/SURVEY/ZAIRE/REPORT**

13. SICAI, UCL, Synthèse des Etudes Démographiques de l'Ouest du Zaïre, 1974-1977, Louvain la neuve, 1978.

Résumé : Synthèse des principaux résultats issus de la grande enquête de l'EDOZA pour l'ensemble de l'Ouest du Zaïre.

#### **SOCIO-DEMOGRAPHY/SURVEY/ZAIRE/REPORT**

14. UNITED NATIONS, Manual IV, Methods of Estimating Basic Demographic Measures From Incomplete Data, pop. studies, n°42, New York 1967.

Summary : Manual on methods of estimating fundamental demographic measures from incomplete data.

#### **DEMOGRAPHY/INDIRECT TECHNICS**

15. UNITED NATIONS, Manual X, Indirect Techniques for Demographic estimation, pop. studies n° 81, New York, 1983.

Summary : Same manual but revised and updated, involving more recente technics used to produce most common indicators in demography.

#### **DEMOGRAPHY/INDIRECT/TECHNICS**

16. World Bank, World Development Report 1984, Oxford University Press, 1984, New-York.

Summary : Annual general repport of the World Bank; contains economimic, social and demographic indicators.

#### **ECONOMY/WORLD/ANNUAL REPORT**

17. Wunsch G., Techniques d'Analyse des Données Démographiques Déficientes, Université de Louvain, Département de Démographie, Ordina edition, 1984.

Résumé : synthèse de recherches récentes sur les techniques indirectes et sur les différentes méthodes d'évaluation et d'ajustement des structures démographiques par âge et par sexe.

#### **DEMOGRAPHY/ANALYSIS AND TECHNICS**