

## 2. Quelques réflexions sur la démographie de l'Afrique au sud du Sahara<sup>1</sup>

Ce chapitre analyse la situation démographique de l'Afrique au sud du Sahara (ASS), c'est-à-dire de l'Afrique, à l'exclusion des pays de l'Afrique du Nord et de la République d'Afrique du Sud. Il en résume les grandes caractéristiques en 8 propositions qui seront successivement examinées. Quelques remarques préliminaires sont cependant nécessaires.

Lorsque l'on parle de population en Afrique, on s'appuie sur des chiffres souvent incertains : il y a encore aujourd'hui de graves lacunes dans nos connaissances du fait des difficultés de l'observation. Dans des pays pauvres, aux moyens de communication souvent précaires, à l'administration fragile, et sans véritable tradition statistique, il ne faut pas s'étonner que le dénombrement de la population soit un exercice délicat, ou que l'état civil fonctionne mal. Les recensements fournissent des résultats entachés d'erreurs et les chiffres de la population ne sont connus souvent qu'à 5 % ou 10 % près. Encore faut-il qu'il y ait recensement et que celui-ci soit exploité : or au cours de la décennie 1978-1987, seuls 8 pays africains sur 10 ont réalisé un recensement ; le Tchad, vu les circonstances, n'en a encore jamais effectué ; au Nigeria, ce géant démographique, les estimations de la population sont sources de polémiques (souvenons-nous de la guerre du Biafra dont l'une des origines fut la question de l'équilibre entre les régions et la composition du Parlement, problèmes ayant émergé à la suite de la publication des résultats du recensement de 1963) ; au Gabon, dont les deux derniers recensements (1970 et 1980) n'ont pas fait l'objet de publication, le gouvernement gabonais affiche un chiffre officiel de population de 1,2 million d'habitants, alors que les statisticiens l'estiment à 700 000 ou 800 000 habitants seulement. L'état civil enregistre souvent au niveau national moins de 60 % des naissances et moins de 40 % des décès, avec des différences régionales parfois importantes, et notamment une meilleure situation en ville. Deux conséquences en résultent : d'une part, les personnes ne connaissent pas leur âge ; d'autre part,

---

1. Cet article s'inspire de deux autres, déjà publiés, qu'il vient compléter : P. Cantrelle et F. Gendreau, « Prospectives des déséquilibres mondiaux. Démographie et santé », *Les dossiers du CEPED*, Paris, juin 1989 ; et F. Gendreau, « L'Afrique dans le miroir de sa population », *Croissance des jeunes nations*, n° 321, novembre 1989, p. 35-38.

il s'avère impossible de suivre l'évolution démographique par les statistiques de l'état civil et il est nécessaire de réaliser des enquêtes sur le mouvement naturel de la population.

Malgré toutes ces difficultés, présentes d'ailleurs de façon variable selon les pays, on dispose aujourd'hui d'estimations des divers paramètres démographiques qui permettent d'avoir une idée des chiffres globaux et des tendances lourdes. Grâce à ces estimations, il est possible, à partir de l'analyse de la situation présente et des tendances récentes, d'établir des perspectives de population, y compris à long terme. Il n'est pas anormal en effet, en démographie, de parler d'échéance lointaine. D'une part l'établissement de perspectives de population fait partie des techniques de la discipline. D'autre part la démographie nous apprend que les évolutions de populations doivent s'apprécier dans le long terme. L'inertie des phénomènes démographiques est telle que les effets des changements de comportements n'apparaissent qu'avec de grands décalages dans le temps. Ainsi l'horizon 2100 n'effraie pas le démographe : les Nations Unies ont publié des perspectives jusqu'à cette date, qui seront utilisées ici.

Pour autant, le démographe doit faire preuve d'une grande humilité. Les résultats de ces travaux ne valent que ce que valent les connaissances sur la situation actuelle et les hypothèses formulées sur l'évolution future. C'est pourquoi le démographe parle toujours de perspectives conditionnelles et non de prévisions. Par ailleurs, une des faiblesses des perspectives est que l'on ne sait pas prévoir les catastrophes. Toutes les perspectives sont établies sous l'hypothèse que ne se produisent pas de catastrophes qui sont pourtant, hélas, nombreuses (guerres, massacres, famines...).

Enfin, une présentation globale de la démographie de l'ASS sera nécessairement schématique et gommara forcément les disparités qui existent entre les pays, *a fortiori* à l'intérieur d'un même pays : c'est la limite obligée de ce genre d'exercice.

### *1. A la mi-1990, l'ASS compte quelque 470 millions d'habitants répartis en une cinquantaine de pays.*

Les tailles de ces pays sont très diverses, allant de moins 400 000 habitants (Djibouti, Cap-Vert, Sao Tomé e Príncipe, Seychelles) à plus de 30 millions (Zaïre, Ethiopie et Nigeria qui dépasse 100 millions).

La population de l'ensemble du continent africain est estimée à la même date à quelque 650 millions de personnes. Ce nombre, qui constitue en lui-même une notion relativement abstraite, peut être situé historiquement en le comparant à diverses époques à la population mondiale d'une part, et à la population de l'Europe (y compris l'URSS) d'autre part (voir tableau 1).

Tableau I  
 Comparaison de la population de l'Afrique  
 à celle du monde et de l'Europe

Epoque	Afrique/Monde	Afrique/Europe
Début du XVII <sup>e</sup>	20 %	1
1920-1930	8 %	1/3
Aujourd'hui (1990)	12 %	3/4
Vers 2000	14 %	1

Source : Nations Unies.

Du fait de son histoire démographique particulièrement perturbée (avec notamment l'esclavage et la colonisation), l'Afrique, qui représentait quelque 20 % de la population mondiale au début du XVII<sup>e</sup> siècle a vu cette part décroître jusque vers 1920-1930 pour remonter ensuite : mais nous n'en sommes aujourd'hui qu'à 12 % ; vers l'an 2000, cette proportion sera de l'ordre de 14 % et continuera à progresser durant le XXI<sup>e</sup> siècle.

La comparaison avec l'Europe est, elle aussi, intéressante : les deux populations (Afrique d'une part, Europe et URSS d'autre part) étaient sans doute à peu près équivalentes au début du XVII<sup>e</sup> siècle ; elles le seront à nouveau vers l'an 2000, après un minimum observé dans leur rapport vers 1920-1930, lorsque la population de l'Afrique ne représentait plus qu'environ le tiers de la population européenne.

*2. C'est en ASS que l'on observe aujourd'hui les plus forts taux d'accroissement ; de plus, alors que dans toutes les autres régions du monde, le taux d'accroissement diminue, ce n'est pas encore le cas pour l'ASS.*

Les profonds changements observés dans le poids relatif de la population de l'Afrique tiennent aux évolutions respectives des taux d'accroissement de ce continent, notamment de l'ASS, et de la population mondiale. Pour s'en tenir à la période de l'après-guerre, ce dernier est passé de 1,8 % en 1950, à un maximum de l'ordre de 2,1 % vers 1965-1970 pour décroître ensuite jusqu'à 1,7 % aujourd'hui. En ASS, ce taux, de l'ordre de 2,1 % en 1950, a crû à peu près régulièrement depuis jusqu'à une valeur de 3,2 % aujourd'hui, soit un doublement en 23 ans. Ce taux est le plus élevé du monde, si l'on excepte la Libye et certains pays du Moyen-Orient.

Cette évolution passée et ce niveau actuel doivent être présents à l'esprit lorsque l'on parle de la population de l'Afrique, car ces éléments sont révélateurs de la durée dans laquelle s'inscrivent les changements affectant les conditions de fécondité et de mortalité qu'il nous faut analyser maintenant.

3. Le niveau de la fécondité est resté élevé en ASS et ne présente guère de tendance à la baisse, alors qu'il diminue dans le reste du Tiers-Monde.

Le niveau de la fécondité peut être mesuré par le nombre moyen d'enfants par femme en fin de période de procréation. Cet indicateur vaut environ 3,3 pour l'ensemble du monde aujourd'hui, 3,7 pour l'ensemble des pays en développement, 6 pour l'Afrique et 6,6 pour l'ASS.

Au niveau mondial, la fécondité baisse depuis une quarantaine d'années puisqu'elle devait se situer aux alentours de 5 dans l'immédiat après-guerre. Cette baisse est importante depuis les années 70, grâce aux diminutions rapides constatées en Amérique latine et en Chine.

En revanche, la fécondité a dû rester à peu près constante en ASS, à ce niveau de 6,6 enfants par femme ; c'est ce que l'on admet du moins généralement au vu des rares informations disponibles.

Toutefois, une légère baisse de la fécondité s'est peut-être amorcée depuis quelques années : elle a été très forte dans trois petits pays ou territoires insulaires (Cap-Vert, Maurice, Réunion), où la fécondité a été plus que divisée par 2 ; elle est plus récente, mais semble se dessiner dans quelques pays d'Afrique australe (Botswana), et orientale (Zimbabwe, Kenya). Mais, partout ailleurs, la fécondité est restée à peu près stable et, dans quelques cas, elle semble même avoir augmenté, comme au Libéria, au Gabon ou au Rwanda où le niveau de 8 enfants par femme semble avoir été dépassé. Au Kenya, la fécondité avait aussi augmenté jusque vers 8 enfants par femme avant de commencer récemment à diminuer.

De nombreux pays de l'ASS ont donc encore une fécondité « traditionnelle ». Cette expression ne signifie pas l'absence de maîtrise de la fécondité. De tous temps, si les femmes ont trouvé normal d'avoir des enfants, elles ont aussi essayé de réguler les naissances, de les espacer, essentiellement pour protéger leur santé et celle de leurs enfants, en utilisant certaines pratiques connues, plus ou moins efficaces (une période plus ou moins longue d'abstinence *post partum*, le coït interrompu ou le retrait, des plantes ou des gris-gris réputés prévenir une grossesse, plus rarement l'avortement). S'y ajoute le rôle de l'allaitement allongeant l'intervalle entre naissances. Rappelons que la période de l'infécondabilité *post partum* est de un mois si la femme n'allait pas. Elle peut atteindre 18 mois et même au-delà de deux ans par aménorrhée *post partum* liée à l'allaitement. Il en résulte, dans un régime de fécondité « traditionnelle », des intervalles entre naissances successives de l'ordre de trois ans.

Ces pratiques n'empêchent pas de multiples facteurs de favoriser un niveau élevé de la fécondité : une forte nuptialité (célibat définitif rare, précocité des unions, remariage rapide en cas de rupture d'union), une forte

mortalité infantile, des structures sociales favorisant l'accueil de l'enfant et sa participation précoce à l'activité économique, la garantie que constitue l'enfant pour la vieillesse des parents.

De plus, jusqu'à une époque plus ou moins récente selon les pays, il n'y avait guère de possibilités d'information sur les méthodes modernes de limitation des naissances, ni de diffusion de moyens contraceptifs.

Aujourd'hui, surtout depuis les débats tenus lors des conférences mondiales de la population de Bucarest (1974) et Mexico (1984), on constate une sensibilisation des gouvernements sur cette question. Si une baisse de la fécondité est généralement souhaitée (sauf cas particuliers de forte stérilité comme au Gabon), il faut savoir qu'elle ne se décrète pas et que, pour être un phénomène positif, elle doit se réaliser progressivement dans le cadre d'une transformation générale des conditions économiques et sociales. Une politique visant à réduire la fécondité doit s'intégrer dans les systèmes de soins de santé (baisse de la mortalité infantile), dans une politique d'éducation, dans une politique de promotion de la femme et, bien sûr, dans les efforts d'amélioration du niveau de vie de la population. Il faut également savoir que cette baisse peut être relativement rapide (exemple de la Réunion), mais qu'elle peut aussi se faire attendre : en Tunisie, premier pays africain à se lancer en 1966 dans un programme national de planification familiale, la baisse de la fécondité a été, au moins au début, très progressive en regard des efforts déployés et, finalement, semblait même être plutôt due à l'élévation de l'âge au mariage qu'à la planification des naissances. Ce n'est plus le cas aujourd'hui puisque 40 % des Tunisiennes utilisent une méthode de contraception moderne.

En effet, certains facteurs sociaux, économiques et culturels sont susceptibles d'entraîner des conséquences diverses sur le niveau de la fécondité. Certains favorisent certes une baisse de la fécondité : amélioration de l'éducation (notamment pour les femmes), baisse de la mortalité infantile, élévation de l'âge au mariage, changements dans le rôle et le statut de la femme (y compris l'augmentation de l'activité salariée féminine)... D'autres facteurs peuvent conduire à une augmentation : abandon de l'abstinence *post partum* de longue durée, diminution de la durée d'allaitement, lutte contre la stérilité pathologique...

Toutes les questions concernant l'évolution à long terme de la fécondité doivent donc être situées dans le cadre des transformations des sociétés. Parmi ces transformations, la diffusion de la contraception moderne est sans doute le facteur le plus important de la baisse de la fécondité.

Dans certaines cultures, notamment en Afrique, les notions de risque de santé et d'assistance sanitaire sont bien accueillies et peuvent faire admettre la contraception moderne, alors que la propagande pour réduire la dimension

de la famille, qui s'oppose à des normes sociales, conduit les mêmes personnes à une attitude et un comportement contraires et à des réactions de rejet de la propagande, à plus forte raison si elle vient de l'extérieur. Ce ne sont donc pas les valeurs traditionnelles en elles-mêmes qui font obstacle à la planification familiale, mais la nature de la démarche. Le succès d'un programme de planification familiale dépend finalement de nombreux facteurs : la volonté politique du gouvernement, la façon dont le programme est conduit (information, éducation, communication) et la demande de contraception de la population.

*4. La mortalité a diminué en ASS, même si la baisse a été moins rapide que l'on ne l'avait espéré ; de gros progrès restent à faire et sont possibles si de solides politiques de santé sont mises en œuvre.*

Les populations anciennes se caractérisaient par une mortalité forte et soumise à d'importantes variations du fait de graves crises de surmortalité liées aux guerres, famines et épidémies. On peut avancer une espérance de vie moyenne à la naissance de 25 ou 30 ans.

Mais, depuis deux siècles, la mortalité a commencé à baisser en Europe grâce à la conjonction de plusieurs phénomènes : progrès techniques dans l'agriculture, apparition progressive d'une médecine plus efficace, progrès de l'hygiène et des conditions de vie.

La hausse de l'espérance de vie à la naissance est loin d'avoir encore atteint l'ensemble de la population mondiale et elle n'a commencé que de façon plus récente dans les pays du Tiers-Monde.

Si l'on examine maintenant la mortalité en ASS, c'est pour constater son niveau élevé : l'espérance de vie à la naissance (les deux sexes réunis) doit y être aujourd'hui de l'ordre de 51 ans seulement. Cet indicateur est d'environ 54 ans pour l'ensemble de l'Afrique, 63 ans pour le Tiers-Monde et 66 ans pour l'ensemble du monde.

L'étude de la structure de cette mortalité montre qu'en ASS, certaines sous-populations connaissent des risques de mortalité beaucoup plus élevés que dans les autres régions du monde :

— les enfants de moins de 1 an, puisque le taux de mortalité infantile y est de l'ordre de 10,4 % et qu'il est sans doute encore proche de 20 % dans certains pays ; rappelons que ce taux est de 7 % dans l'ensemble du Tiers-Monde et n'est que de 1,2 % dans les pays industrialisés ;

— les enfants de 1 à 4 ans, car la mortalité juvénile semble être relativement plus élevée en ASS, sans doute en relation avec le sevrage ;

— les femmes à l'occasion des grossesses et des accouchements : en effet la mortalité maternelle est beaucoup plus élevée en ASS (environ 20 fois plus) que dans les pays industrialisés.

Il va sans dire que les variations géographiques au sein d'un même pays sont très fortes et que les risques de mortalité sont particulièrement élevés dans certaines régions reculées et défavorisées : par exemple au Sénégal, dans les années 60-70, le taux de mortalité des enfants de 1 à 4 ans variait de 2 % dans la capitale — où sont concentrés les moyens préventifs et curatifs du système de santé — à plus de 10 % en milieu rural, soit un rapport de 1 à 5.

Sur longue période, et au delà des accidents historiques, l'espérance de vie à la naissance est en constante augmentation. En 1950, elle était de l'ordre de 46 ans pour la population mondiale et de 37 ans pour l'Afrique. La réduction de la mortalité a été plus importante en moyenne dans les pays européens qu'en Afrique, notamment en ASS.

En ASS la différence entre les pays s'est accentuée. Il apparaît en général que plus le niveau de mortalité était élevé en 1960, moins les progrès ont été importants. Mises à part la Réunion et l'île Maurice, l'écart en ASS pour la mortalité des enfants de 1 à 4 ans était de l'ordre de 1 à 3,3 en 1960 et de 1 à 5,5 en 1978.

Si différents facteurs peuvent être évoqués pour expliquer le niveau, la baisse ou les différences de la mortalité, on a peu ou mal mesuré le poids de chacun d'eux. Cette analyse passe par la connaissance des principales maladies en cause et des conditions de lutte.

Les principales causes de décès sont relativement bien identifiées dans l'enfance : il s'agit essentiellement des maladies infectieuses et de la malnutrition, souvent en synergie avec les premières. Citons en particulier : les diarrhées (de l'ordre de 25 à 30 % des décès) que l'on sait pouvoir soigner maintenant par des moyens simples au sein de la famille avec la réhydratation par voie orale ; la rougeole (10 à 15 % des décès) ; les infections respiratoires aiguës ; le paludisme, dont la prévalence est variable selon le milieu géographique, favorable ou non au vecteur ; certaines affections dont le poids cumulé n'est pas négligeable, comme le tétanos néonatal et la coqueluche ; et en toile de fond la malnutrition qui commence vers l'âge de 6 mois au moment où l'allaitement maternel est insuffisant pour couvrir les besoins de l'enfant.

Dans la mortalité adulte, nous avons déjà évoqué la mortalité maternelle, très élevée, mais son poids dans l'ensemble de la mortalité est toutefois modeste, de l'ordre de 2 %. Elle pourrait être facilement réduite par plusieurs types de mesures, notamment un équipement adéquat et mieux distribué.

En dehors de ce facteur, la mortalité adulte se traduit principalement par les maladies dégénératives, dont les cancers. Mais les agents infectieux

tiennent encore une large part : une maladie universelle, le rhumatisme articulaire aigu ; des maladies tropicales comme la fièvre jaune et la trypanosomiase ou maladie du sommeil.

Mais des maladies qui n'avaient guère touché l'Afrique jusqu'à ces dernières décennies commencent à s'y implanter, comme le choléra ou le sida qui s'y développe de façon alarmante depuis quelques années et qui aura très probablement des conséquences démographiques importantes.

Tous les gouvernements affichent leur volonté de faire baisser le niveau de la mortalité, même si par là même on augmente le taux d'accroissement de la population ou on diminue l'impact d'une baisse éventuelle de la fécondité.

Mais là encore, comme pour les politiques en matière de fécondité, l'approche a évolué, pour dépasser une vision uniquement « techniciste » et médicale de la santé et intégrer la lutte contre la mortalité dans une politique cohérente de développement.

Le patrimoine des connaissances médicales acquises à ce jour permettrait en effet de faire face à plusieurs des grandes causes de mortalité et par conséquent de réduire une part importante de la mortalité, surtout celle de l'enfance ; toute la question est de les appliquer. Ce n'est donc pas dans le manque des connaissances médicales qu'il faut chercher la raison du niveau élevé de la mortalité et des différences constatées — car des méthodes efficaces sont généralement bien connues — mais dans les conditions défavorables de leur application, ce qui rend alors l'action sanitaire peu efficace.

D'où l'importance du système de santé qui, au moins pour les problèmes les plus simples, devrait toucher l'ensemble de la population, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui : il suffit de visiter quelques dispensaires ruraux de certains pays africains pour en constater le dénuement et le peu d'efficacité. Ce système de santé dépend d'abord d'une volonté politique (qui ne se résume pas à un discours), ensuite de la situation économique et notamment des ressources affectées au secteur social, éducation et santé (dans une majorité de pays africains, le budget de la santé publique est en décroissance depuis plusieurs années).

Au delà du système de santé, les facteurs indirects sont prépondérants, en particulier les conditions économiques et notamment la production alimentaire, insuffisante par rapport à l'accroissement démographique dans de nombreux pays de la région : « Parmi toutes les régions du Tiers-Monde, c'est en Afrique au sud du Sahara qu'au cours des vingt dernières années le taux de croissance de la production vivrière a été le plus faible, alors même que le taux de croissance démographique y était le plus élevé. L'Afrique est le seul continent qui soit en train de perdre la course entre la production vivrière et la croissance démographique » (Banque mondiale, 1984).



Cette situation préoccupante a été aggravée dans certaines zones par :

— la sécheresse, causant disettes et famines auxquelles n'a pu toujours faire face l'aide internationale. Sous et malnutrition sont des causes directes de mortalité, mais aussi des causes associées à des épidémies ;

— les guerres entre pays et les guerres civiles : nombreux sont les pays de l'ASS affectés, aujourd'hui ou au cours de la période récente, par des troubles politiques. En dehors de la mortalité directe, ces troubles entraînent une mortalité indirecte du fait des conditions économiques et sanitaires qu'ils engendrent.

Enfin les efforts concernant le système de santé et les conditions économiques doivent bien évidemment s'intégrer dans une stratégie d'ensemble dans laquelle deux secteurs doivent faire l'objet d'une attention particulière :

— tous les efforts concernant le système de santé et les conditions de vie et d'hygiène : l'habitat, l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement... ;

— et bien sûr la politique d'éducation, en particulier des femmes, en vue de promouvoir la santé des enfants : accès à une information sanitaire de base, à des conseils nutritionnels simples, à une bonne compréhension des rôles de l'hygiène et du régime alimentaire.

*5. La transition démographique n'est donc qu'amorcée en ASS ; elle va probablement se poursuivre, avec une baisse de la fécondité ; mais on n'envisage pas un ralentissement sensible de l'accroissement de la population avant le milieu du siècle prochain.*

Nous avons vu précédemment que, depuis les années 65-70, le taux d'accroissement de la population mondiale diminuait. Les Nations Unies envisagent que cette baisse va se poursuivre à l'avenir et que l'effectif de la population mondiale va finir par se stabiliser. Il est largement prématuré d'envisager vers quelle date aurait lieu cette stabilisation ; la fin du siècle prochain, c'est-à-dire l'année 2100 est suggérée, date commode à retenir mais sans plus.

A partir de la valeur actuelle de 1,7 %, le taux d'accroissement pourrait ainsi décroître de la façon suivante :

— vers l'an 2000 : 1,4 %

— vers l'an 2020 : 1,0 %

— vers l'an 2100 : 0 %.

A titre indicatif, la population mondiale pourrait être alors de l'ordre de 11 milliards.

Cette idée de stabilisation est nouvelle : souvenons-nous, sans remonter à Malthus, de l'expression « explosion démographique » utilisée dans l'après-guerre jusqu'aux années 60-70 ! Les débats de la conférence mondiale sur la population à Bucarest en 1974 n'auraient sans doute pas été aussi vifs si les participants avaient connu cette information d'un maximum du taux d'accroissement en 1965-1970. Les débats de la conférence de Mexico en 1984 ont sans doute été plus sereins en partie parce que l'on connaissait alors cette information.

Concernant l'ASS, ce taux d'accroissement, dont nous avons vu qu'il se situait à un niveau élevé aujourd'hui de l'ordre de 3,2 %, devrait être à peine inférieur à cette valeur en 2000 et pourrait valoir encore 2,1 % vers 2020-2025. En 2025, la population de l'Afrique serait alors de 1,6 milliard (soit 19 % de la population mondiale) et celle de l'ASS de 1,26 milliard. En 2100, avec quelque 2,8 milliards d'habitants, l'Afrique représenterait 25 % de la population mondiale.

Ces résultats, qu'il faut considérer avec beaucoup de précautions, indiquent que l'on assistera encore dans le siècle à venir à une importante redistribution des grandes masses de la population mondiale.

L'évolution de la représentation des différents continents est chiffrée dans le tableau 2.

Tableau 2  
Evolution de la représentation des différents continents

Continent	1985	2000	2020	2100
Afrique	11,4 %	14 %	19 %	25 %
Amérique latine	8,4 %	9 %	10 %	12 %
Asie	58,3 %	58 %	55 %	50 %
Autres régions	21,9 %	19 %	16 %	13 %
Monde	100,0 %	100 %	100 %	100 %

Source : Nations Unies.

Il nous faut maintenant examiner l'évolution des composantes de l'accroissement de la population de l'ASS.

Tout d'abord, si l'on aboutit à une population qui se stabilise avant 2100, c'est que la fécondité aura fortement décliné : les Nations Unies font en effet l'hypothèse que le nombre moyen d'enfants par femme en ASS pourrait passer à 5,9 en 2000-2005 puis à 3,2 en 2020-2025. Le « niveau de remplacement » des générations (soit environ 2,1 enfants par femme) ne serait atteint que vers le milieu du XXI<sup>e</sup> siècle.

En fait on touche du doigt, ici, la grande question de l'évolution de la fécondité. On s'attend à une baisse, sans doute. Mais à quel rythme ? Et jusqu'où ira cette baisse ? Ces interrogations concernent particulièrement l'ASS où la baisse de la fécondité ne fait que s'amorcer.

Que peut-on maintenant envisager comme évolution de la mortalité ? Les Nations Unies formulent l'hypothèse d'une espérance de vie de 73 ans pour la population mondiale en 2020-2025. Ceci signifie une plus grande modestie que ce qui avait été avancé il y a encore quelques années (à Bucarest, le Plan d'action mondial envisageait 74 ans en l'an 2000). En fait, il est aujourd'hui difficile d'avancer un rythme probable d'amélioration de l'espérance de vie dans le Tiers-Monde, en ASS en particulier, compte tenu des incertitudes évoquées lorsque nous avons parlé des facteurs de la mortalité.

Pour l'ASS, un niveau de 55 ans est envisagé pour 2000-2005 et 64 ans pour 2020-2025.

*6. Les incertitudes sont grandes concernant l'évolution des migrations internationales en ASS, mais tout laisse penser que celles-ci resteront importantes.*

Si le peuplement actuel de la planète résulte de l'évolution passée de la fécondité et de la mortalité, la répartition de cette population à la surface du globe résulte pour une large part des courants migratoires. Souvenons-nous de l'émigration européenne en Amérique du Nord, en Australie et Nouvelle-Zélande, en Amérique latine et en Afrique.

Aujourd'hui les migrations internationales en ASS sont mal connues. A titre indicatif, on peut en distinguer trois sortes :

— les migrations vers les autres continents, qui sont faibles ;

— les migrations interafricaines, qui sont importantes pour certains pays, par exemple des pays du Sahel vers la côte Atlantique ou des pays limitrophes vers l'Afrique du Sud ;

— les mouvements de réfugiés : ils touchent fortement l'Afrique. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés estime que, sur un

total mondial évalué à 10 ou 11 millions de réfugiés, l'Afrique en compte quelque 2,8 millions, soit environ le quart, que l'on trouve essentiellement en ASS.

Or, si les démographes se risquent à établir des hypothèses d'évolution future de la fécondité et de la mortalité, ils sont beaucoup plus prudents en ce qui concerne les migrations internationales, ce qui s'explique aisément, du fait des incertitudes qui peuvent affecter les prévisions en cette matière. Ces déplacements sont en effet strictement dépendants de l'évolution des conditions économiques et des situations politiques.

Il y a effectivement là de grandes inconnues, mais les tendances évoquées précédemment entraîneront sans doute des mouvements migratoires internationaux : les gouvernements auront tout intérêt à essayer de les gérer dans la concertation, et sans attitude frileuse.

#### 7. *L'ASS connaît une urbanisation rapide.*

Si l'Afrique est un continent relativement peu urbanisé, par exemple par rapport à l'Amérique latine, l'urbanisation y est cependant rapide : en 1950, 15 % de la population du continent habitait en ville ; ce pourcentage était de 35 % en 1985, devrait dépasser 40 % en l'an 2000 et approcher les 54 % en 2020. En ASS, les chiffres correspondants sont les suivants : 9 % en 1950, 25 % en 1985, 37 % en 2000 et 51 % en 2025. Le phénomène est presque deux fois plus rapide que celui qu'avait connu l'Europe dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, à l'époque de la révolution industrielle. Cette urbanisation, souvent sauvage, pose de multiples problèmes devant lesquels les gouvernements et les municipalités sont démunis : créations d'emplois, construction de logements, transports urbains, délinquance, approvisionnement des marchés, accès aux combustibles. Elle est d'autant plus préoccupante qu'elle se fait sans que des surplus soient dégagés du monde rural (bien au contraire le monde urbain pressure le monde rural qui se paupérise) et sans qu'apparaisse un secteur secondaire. D'où notamment l'apparition des déficits alimentaires et la constitution du secteur informel urbain (les petits métiers).

Cette urbanisation est plutôt diffuse, car l'ASS n'a pas beaucoup de villes géantes. Parmi les 25 plus grandes agglomérations mondiales, aucune ne figure pour l'ASS en 1985 ; Lagos devrait y apparaître prochainement.

L'augmentation passée et future de la population urbaine n'empêche pas la population rurale de s'accroître simultanément, et même assez fortement : entre 1950 et 1985, soit sur une période de 35 ans, le taux d'accroissement annuel moyen de la population rurale de l'ASS devait être de 2,1 % (5,8 % pour la population urbaine, 2,7 % pour la population totale). Au cours de la période suivante de 35 ans, 1985-2020, on devrait observer encore un taux d'accroissement de la population rurale d'environ 1,8 %. Il y a là une

nouvelle spécificité de l'ASS, la population rurale s'accroissant beaucoup moins rapidement dans le reste du Tiers-Monde et, au contraire, décroissant dans les pays industrialisés (voir tableau 3).

Tableau 3  
Taux d'accroissement annuel moyens de la population  
(%)

Région	Période	Population totale	Population urbaine	Population rurale
Monde	1950-1985	1,9	2,9	1,4
	1985-2020	1,4	2,4	0,3
Pays industrialisés	1950-1985	1,0	1,9	- 0,5
	1985-2020	0,5	0,9	- 1,1
Pays en développement	1950-1985	2,3	4,1	1,7
	1985-2020	1,6	3,2	0,5
— dont l'Afrique	1950-1985	2,6	4,9	2,0
	1985-2020	2,9	4,5	1,7
— dont l'ASS	1950-1985	2,7	5,8	2,1
	1985-2020	3,0	5,1	1,8

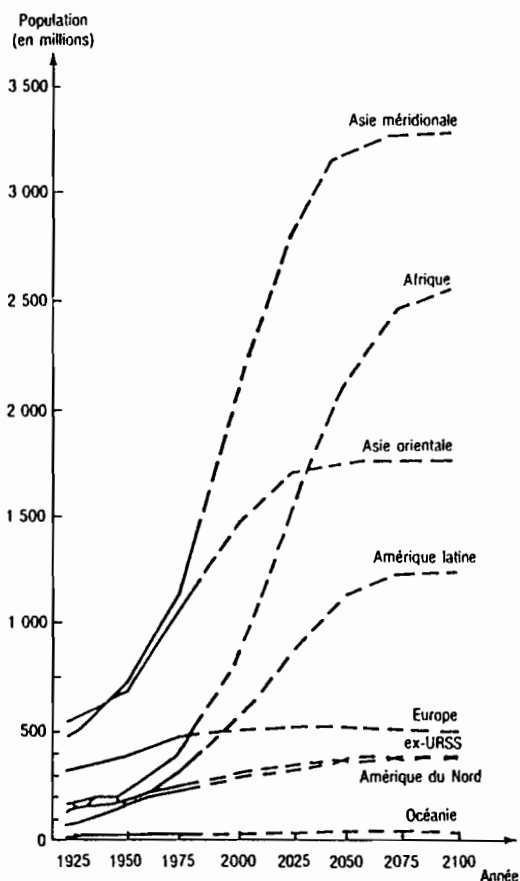
Source : Nations Unies.

Or cette population rurale ne connaît pas de véritable développement : la production agricole en ASS stagne, voire recule (la productivité n'augmente guère, les sols se dégradent : érosion, latérisation, destruction de l'humus) et les conditions de vie en milieu rural ne s'améliorent pas. Le problème est donc celui de la mise en œuvre d'une politique de réanimation rurale pour augmenter la production agricole (la FAO a montré que cet objectif était réaliste), pour développer les activités non agricoles (artisanat, industries agro-alimentaires) et pour améliorer les conditions de vie du monde rural (habitat, santé, eau potable), ceci avec le constant souci de préserver l'environnement. Ces perspectives ne peuvent être conçues que dans le cadre d'une politique volontariste d'aménagement du territoire, de développement rural et de prise en compte des besoins du monde rural.

8. *La structure de la population est celle d'une population jeune et le restera encore pendant quelques décennies.*

Un résultat classique de l'analyse démographique nous apprend que la structure par âge d'une population résulte très largement de sa fécondité (son niveau actuel et ses tendances passées) et, dans une mesure bien moindre, de sa mortalité.

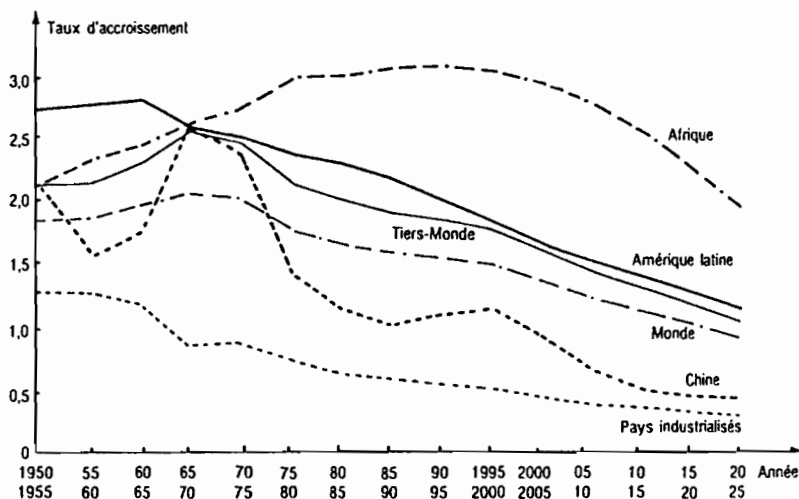
Graphique I  
Evolution de la population mondiale par grandes régions  
jusqu'à la fin du siècle prochain



Source : Nations Unies.

Les pays ayant encore une forte fécondité sont des pays jeunes : les moins de 15 ans y représentent près de 50 % de la population. Les pays ayant une fécondité faible voient ce pourcentage ramené à des valeurs beaucoup plus faibles : 20 à 25 %. Simultanément, le pourcentage de population âgée (les plus de 65 ans par exemple) est environ de 5 % dans le premier cas et de plus de 10 % dans le second. Bien sûr on trouve des valeurs très diverses liées à la façon dont la fécondité a évolué.

Graphique 2  
Evolution du taux d'accroissement  
de la population pour quelques grandes régions du monde



Source : Nations Unies.

La population de l'ASS, du fait de ses niveaux de fécondité et de mortalité, est une population jeune : 47 % de la population a moins de 15 ans, ce pourcentage étant de 32 % pour la population mondiale. Cette situation mérite de retenir l'attention des responsables, notamment par ce qu'elle implique en terme de scolarisation et de création d'emplois.

A l'autre extrémité de l'échelle des âges, 2,7 % seulement de la population a 65 ans ou plus (6,2 % de la population mondiale). Mais ce pourcentage va inéluctablement augmenter si la fécondité commence à baisser : apparaîtront alors les problèmes liés à la prise en charge des personnes âgées, surtout dans un contexte où les structures familiales traditionnelles tendent à éclater.

### Conclusion

Dans cette rapide présentation de la situation démographique de l'ASS, on a évoqué les transformations sociales qui modifient progressivement le paysage démographique. Ces changements, dans certains cas ces bouleversements, qui affectent en profondeur le fonctionnement et la reproduction des sociétés dépassent largement le cadre strictement démographique et constituent un élément essentiel pour les politiques de développement. Change-

ments démographiques et transformations sociales sont totalement imbriqués et doivent être appréhendés simultanément car ils agissent et réagissent les uns sur les autres :

— le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la baisse de la fécondité, l'urbanisation, les mouvements migratoires entraînent de nouveaux comportements des hommes et des femmes et des modifications dans les structures sociales ;

— réciproquement, les transformations sociales comme l'évolution du statut de la femme, les changements de comportements en matière de nuptialité (la dot, le choix du conjoint, la polygamie, etc.), les transformations des structures familiales et des rapports entre générations, ont bien évidemment des répercussions sur les phénomènes démographiques.

Nous nous trouvons là au cœur des problèmes sociaux, culturels et économiques auxquels vont être confrontées les sociétés, comme elles l'ont toujours été, mais dans un contexte assez radicalement différent du passé, voire souvent totalement nouveau.

#### BIBLIOGRAPHIE

Banque mondiale, 1984, *Rapport sur le développement dans le monde*, Washington.

Chesnais (J.-C.), 1986, *La transition démographique*, INED, Paris.

Nations Unies, 1982, « Projections démographiques mondiales à long terme effectuées en 1980 », *Bulletin démographique*, n° 14, New York, p. 19-32.

Nations Unies, 1991, *World Population Prospects 1990*, New York.

ORSTOM, 1984, *La mortalité des enfants dans les pays en développement*, Paris.

ORSTOM, 1988, *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Paris.

Quesnel (A.), Vimard (P.), (sous la direction de), 1991, *Migrations, changements sociaux et développement*, ORSTOM, Paris.

Tabutin (D.), (sous la direction de), 1988, *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris.



Vallin (J.), (sous la direction de), 1986, *La population mondiale*, La Découverte, Paris.

Van de Walle (E.), Sala-Diakanda (D.) et Ohadike (P.), (sous la direction de), 1988, *L'état de la démographie africaine*, UIESP, Liège.

Gendreau Francis. (1994)

Quelques réflexions sur la démographie de l'Afrique au sud du Sahara

In : Sociétés africaines et développement

Paris : IFRI, 27-43. (Travaux et Recherches de l'IFRI). ISBN 2-225-84042-3/02.