



D

ES IMAGES STÉRÉOTYPÉES COLLENT À L'AFRIQUE LORSQU'ON ÉVOQUE SA situation démographique : une population essentiellement rurale, victime de famines ; un mariage précoce des femmes, une natalité très élevée, etc. Et pourtant, que de changements depuis les années soixante ! Les sociétés africaines sont traversées en profondeur par une série de mutations : monétarisation des rapports productifs et sociaux, progrès de la scolarisation (en particulier des jeunes filles), diffusion via les médias d'autres modèles culturels, accroissement de l'urbanisation, comme des migrations internes et internationales ; de plus, la transition démographique est bien amorcée. À l'image d'une Afrique figée, se substitue progressivement celle d'une Afrique du changement, marquée, sur le long terme, par la tendance à la baisse de la fécondité et de la mortalité. Mais la situation est encore loin d'être idyllique car, en peu de temps, l'Afrique est passée d'un contexte traditionnel de crises latentes de subsistance à de nouvelles inquiétudes liées aux conséquences de la restructuration économique mondiale, à la persistance de la pauvreté pour une part importante des populations et à la propagation du sida dans certaines régions.

La récession économique des années quatre-vingt a affecté l'Afrique au moment où ce continent arrivait à une phase décisive de sa transition démographique : celle où, la mortalité ayant déjà largement diminué et la fécondité commençant à baisser, le rythme annuel d'accroissement naturel était à son maximum⁽¹⁾. Jusqu'au milieu du XX^e siècle, la croissance démographique a été très lente sur le continent (environ 0,2%) ; puis, à partir des années cinquante, elle s'est accélérée, la mortalité diminuant alors que la fécondité restait à un niveau très élevée. Un plafond a été atteint dans les années quatre-vingt avec un taux annuel d'accroissement naturel de 3%, soit un doublement de population tous les 23 ans ! Depuis les années quatre-vingt-dix, un ralentissement démographique s'amorce. Toutefois les changements en cours se produisent à des rythmes très divers suivant les pays ou les catégories sociales. À l'intérieur de chaque pays, il existe une grande disparité de comportements démographiques, tout comme se développe une grande inégalité économique⁽²⁾.

L'Afrique face à ses défis démographiques

Monsieur Philippe Antoine

Directeur de recherches
Institut de recherche sur le développement
Unité de recherche "Développement, institutions
et analyses de long terme"

[Le poids démographique de l'Afrique.]

En 1960, avec 282 millions d'habitants, la population africaine ne représentait que 9% de la population mondiale. Aujourd'hui, sur les 6,625 milliards d'habitants que compte la planète, près d'un milliard vit en Afrique⁽³⁾ (944 millions), soit 14% de la population mondiale⁽⁴⁾. On distingue couramment cinq grandes régions pour l'ensemble du continent (Tableau 1). L'Afrique septentrionale, qui va du Maroc à l'Égypte et au Soudan, compte près de 200 millions d'habitants dont 73,4 millions en Égypte. L'Afrique occidentale, qui s'étend de la Mauritanie au Nigeria, rassemble 283 millions d'habitants dont la moitié vit au Nigéria (144 millions). L'Afrique centrale, du Cameroun à la République démocratique du Congo et jusqu'au Tchad, est peuplée par 118 millions de personnes dont 63 millions dans l'ex-Zaïre. L'Afrique orientale, qui va de l'Érythrée au Mozambique, compte 294 millions d'habitants, l'Éthiopie étant le pays le plus peuplé de cette région (77 millions). Enfin, l'Afrique australe, avec 55 millions de personnes, rassemble quatre petits pays autour de l'Afrique du Sud (48 millions d'habitants).

Malgré le fléchissement de la croissance démographique dans les prochaines années, les projections permettent d'estimer que la population de l'Afrique atteindra environ 1,4 milliard en 2025 (environ 17% de la population mondiale) et près de deux milliards en 2050 soit 22% de la population de la planète. Cette progression du

	Population en 2007	Estimation 2025	Estimation 2050
Afrique septentrionale	195	253	310
Afrique occidentale	283	419	616
Afrique centrale	118	191	315
Afrique orientale	294	438	650
Afrique australe	55	58	62
Ensemble de l'Afrique	944	1 359	1 953
Europe	733	719	669
Asie	4 010	4 768	5 378
Amérique du Nord	335	387	462
Amérique latine	569	691	784
Monde	8 825	7 985	9 294

Tableau 1.- Répartition de la population, en millions d'habitants, par grandes régions (2007) et estimations. (Source : Population Reference Bureau, www.prb.org).

nombre d'habitants est inégale suivant les pays : elle sera encore rapide dans les pays du Sahel, alors que les pays d'Afrique australe risquent même de connaître une décroissance de leurs effectifs à cause du sida. Pour les 50 années à venir, la population de l'Afrique va croître bien plus rapidement que celle des autres continents qui tend à se stabiliser. L'Europe verra même sa population vieillir et diminuer, à moins d'un net accroissement des flux migratoires en sa faveur.

[Une fécondité qui commence à diminuer...]

La baisse de plus en plus sensible de la fécondité en Afrique est intimement liée au niveau de scolarisation féminine.

Cependant cette fécondité reste bien plus élevée (en moyenne cinq enfants par femme) que dans le reste du monde : 1,5 enfant par femme en Europe, environ 2,5 en Asie et Amérique latine (Tableau 2). Quelques exemples chiffrés des changements qui se produisent en Afrique : l'indice synthétique de fécondité au Ghana⁽⁵⁾ passe, entre 1988 et 2003, de 6,4 à 4,4 enfants par femme. Dans ce pays, en 2003, la différence de fécondité reste importante entre le milieu rural et le milieu urbain : 5,6 enfants par femme à la campagne et 3,1 en ville. On voit bien l'écart de fécondité entre différentes populations à l'intérieur d'un même pays. L'évolution est de moindre ampleur au Sénégal où, entre 1978 et 2005, la fécondité est passée à la campagne de 7,5 à 6,4 enfants

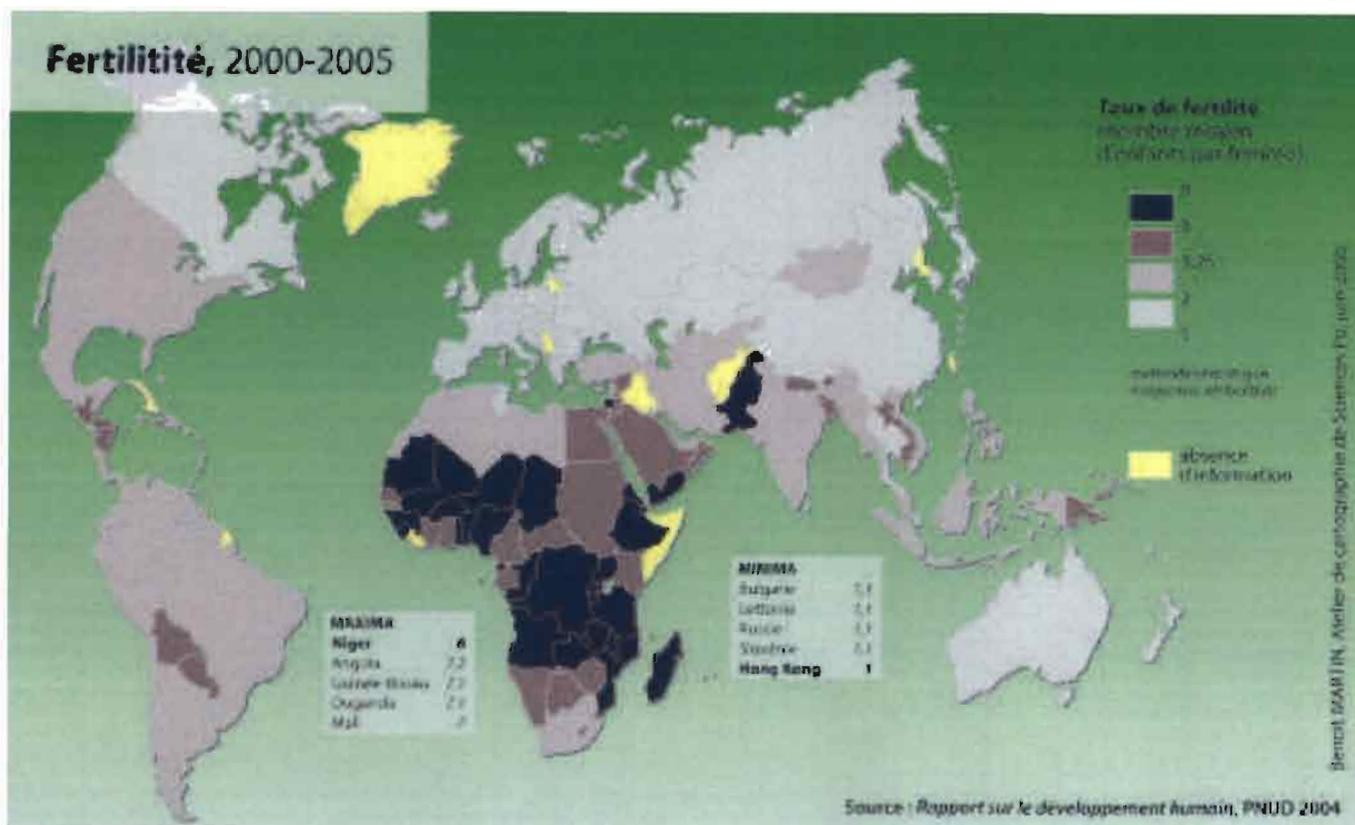
et en milieu urbain a diminué de 6,6 à 4,1 enfants par femme. Dans d'autres pays, cette baisse tarde à s'amorcer, comme au Niger où la fécondité reste très élevée : le niveau est passé de 7,4 enfants par femme en 1992 à 7,1 en 2006.

Les progrès de la scolarité des jeunes filles sont le principal facteur de la baisse de la fécondité. Par exemple, au Ghana, seuls 28% des femmes ne sont pas allées à l'école et une grande majorité des femmes scolarisées ont atteint le secondaire : alors que les femmes analphabètes gardent une fécondité élevée (six enfants par femme), les femmes scolarisées au niveau secondaire (et plus) ont une descendance de 2,5 enfants. Au Niger, 84% des femmes ne sont pas scolarisées et, parmi celles qui le sont, la plupart ne fréquente que le cycle primaire. Dans certains pays, comme le Maroc ou le Sénégal, le recul important de l'âge du mariage, surtout flagrant en milieu urbain mais déjà perceptible dans certains milieux ruraux, concourt à cette baisse de la fécondité.

Le recours aux méthodes contraceptives reste encore relativement restreint et on relève une tendance à contrôler la fécondité plutôt par un espacement accru entre les naissances que par une contraception d'arrêt. L'âge des premiers rapports sexuels varie peu, ce qui pose les problèmes de l'accès des jeunes à la contraception, de l'augmentation des grossesses hors mariage, de l'éducation et de la santé des jeunes. Les structures de santé, démunies de moyens, ne peuvent faire face à une demande latente et mal formulée de

	Indice synthétique de fécondité (enfants/femme)	Taux de mortalité infantile en ‰	Espérance de vie à la naissance (en années)	taux en % de 15-49 ans infectés par VIH en %	Taux en % de personnes de moins de 15 ans
Afrique septentrionale	3,1	42	68	0,4	33
Afrique occidentale	5,7	98	51	3,0	44
Afrique centrale	6,3	113	46	3,9	46
Afrique orientale	5,5	84	48	6,2	44
Afrique australe	2,8	46	50	19,3	33
Ensemble de l'Afrique	5,0	88	53	4,5	41
Europe	1,5	6	75	0,5	16
Asie	2,4	48	68	0,2	28
Amérique du Nord	2,0	6	78	0,6	20
Amérique latine	2,5	24	73	0,5	30
Monde	2,7	52	68	0,9	28

Tableau 2.- Quelques indicateurs démographiques par grandes régions (2007). (Source : Population Reference Bureau, www.prb.org)



contraception. Ceci rend nécessaire une action concertée entre services de protection maternelle et infantile, services de planning familial et services de prévention du sida et, surtout, auprès de la population jeune. La fréquence du recours à l'avortement est certainement grande, en particulier chez les adolescentes, mais avec tous les risques encourus par une pratique qui reste largement clandestine¹⁶.

Longtemps, l'évolution de la fécondité en Afrique a été analysée à travers ses composantes naturelles (allaitement, aménorrhée, etc.), délaissant ainsi les explications liées aux facteurs macrostructurels. Les nouvelles politiques économiques, qui accroissent les inégalités entre pays et, surtout, entre catégories sociales au sein du même pays, contribuent à mettre en évidence la primauté de ces facteurs.

[...et une baisse de la mortalité qui s'infléchit]

Même si, depuis la fin des années cinquante, des progrès importants ont été réalisés dans le domaine de la santé en Afrique, il faut dépasser le simple constat d'une baisse de la mortalité qui se situait autrefois à des niveaux très élevés. Certes, des actions de santé publique (vaccination

en particulier) ont eu des répercussions importantes sur l'amélioration de l'espérance de vie de la population, notamment pour la population urbaine, mais la situation sanitaire demeure préoccupante. La mortalité infantile reste élevée, surtout en Afrique subsaharienne, presque deux fois plus forte qu'en Asie et près de quatre fois plus qu'en Amérique latine (cf. Tableau 2, page précédente). Ce taux se traduit par une espérance de vie plus courte : 17 ans d'écart entre l'Afrique de l'Ouest et l'Asie, 25 ans d'écart d'espérance de vie entre l'Afrique centrale et l'Amérique latine.

Suivant les pays, le schéma d'évolution de la mortalité diffère. Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker⁽⁷⁾ distinguent cinq types de pays selon l'évolution de l'espérance de vie (cf. Figure 1, page suivante) :

- les pays en progrès régulier comme le Sénégal ou le Mali ;
- les pays en stagnation récente comme le Nigeria ou le Bénin ;
- les pays en sensible régression comme le Cameroun et le Kenya ;
- les pays où l'espérance de vie régresse profondément, essentiellement en Afrique australe à cause du sida ;
- les pays perturbés par un conflit comme la Somalie ou le Rwanda.

Le sida est, dans bien des cas, à l'origine de ces renversements de tendance concer-

nant la mortalité. Mais il n'explique pas toujours cette inflexion dans le niveau de l'espérance de vie. Certaines augmentations récentes de la mortalité, et qui persistent après soustraction de l'impact du sida, méritent une attention particulière. Il pourrait s'agir de l'effet de l'augmentation des inégalités et de la pauvreté, surtout en milieu urbain, comme le suggèrent les cas du Kenya, du Cameroun et de la Côte-d'Ivoire¹⁸. Avec la crise, les inégalités s'accroissent, l'accès aux soins modernes devient plus coûteux, les dispensaires et les centres sociaux voient leurs moyens réduits. On observe également des inégalités importantes entre les catégories sociales, dans la fréquentation des services de santé. Le système de santé moderne exclut les couches les plus pauvres de la population par une privatisation de plus en plus marquée et la cherté des consultations et des prescriptions médicales. Des réseaux parallèles de santé se développent, comme le commerce illicite de médicaments qui constitue une réponse sociale des catégories défavorisées aux difficultés d'accès aux médicaments par les voies officielles. Le secteur de la santé, où le personnel ne perçoit qu'un maigre salaire, n'échappe pas à la corruption : sans passe-droit, sans relations, sans argent, un malade a peu de

chance de se faire soigner. Les parcours thérapeutiques d'une grande partie de la population révèlent une approche pragmatique des systèmes médicaux, où les consultations auprès de la médecine occidentale s'articulent avec la multiplication d'autres recours pseudo thérapeutiques : leaders religieux, guérisseurs, herboristes, etc.⁽⁹⁾

À l'intérieur de chaque pays, des inégalités entre milieux urbain et rural ou entre catégories sociales perdurent. Dans beaucoup de pays, les niveaux de mortalités infantile et juvénile sont moins élevés en milieu urbain qu'en milieu rural, particulièrement

défavorisé en matière de centres de santé. La mortalité des enfants varie aussi en fonction du niveau d'éducation de la mère ou du degré de bien-être économique du ménage d'appartenance. Le niveau de mortalité infantile (avant un an) reflète en partie, l'efficacité du système de santé alors que la mortalité juvénile reflète, les conditions de vie de l'enfant entre un et cinq ans. La situation est particulièrement contrastée au Nigeria où la mortalité juvénile des plus pauvres est cinq fois plus élevée que celle des plus aisés. Les différences de mortalité traduisent bien les inégalités persistantes au sein d'un même pays.

L'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé, conjuguée à un environnement naturel souvent défavorable, a conduit à une situation épidémiologique où cohabitent à la fois les maladies infectieuses et parasitaires typiques des pays en développement et les maladies dites de civilisation, caractéristiques des pays industrialisés. Le nombre de pathologies affectant les pays africains ne cesse de croître.

Certaines maladies sont toujours bien présentes comme les diarrhées, les affections respiratoires et le paludisme qui sont les principales causes de recours aux soins.

Figure 1.- Les différentes transitions sanitaires en Afrique sub-saharienne de 1950 à 2005

(Source : Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker, 2004 : Revue Population, vol. 59, n° 3-4).

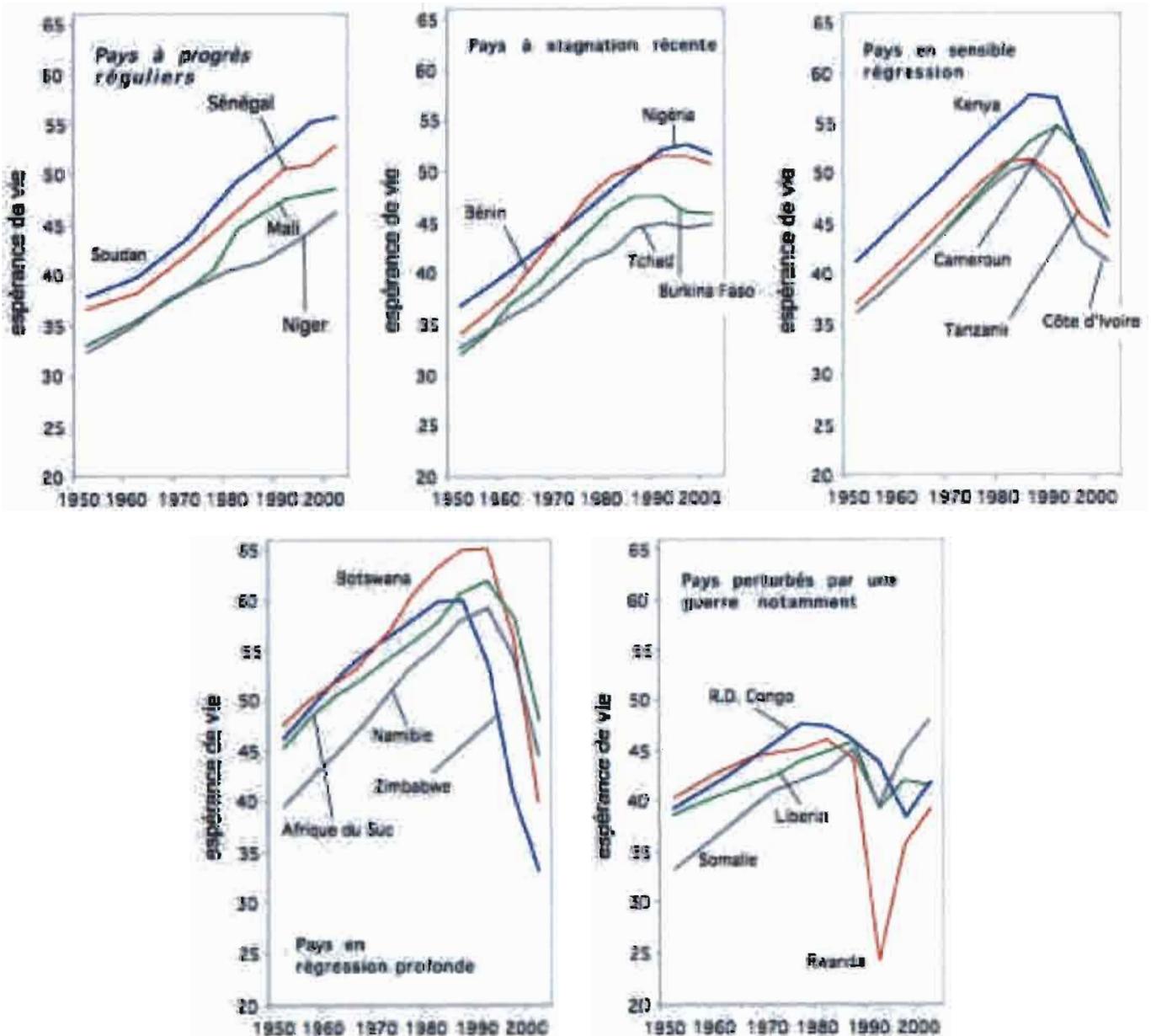




Tableau 3.- Différences des mortalités infantiles et juvéniles (à partir des DHS/pays)

		Nigeria 2003	Éthiopie 2005	Sénégal 2005
Mortalité infantile				
Résidence	Rural	121	81	82
	Urbain	81	66	52
Instruction de la mère	Non scolarisée	124	83	79
	Primaire	111	78	52
	Secondaire	71	37	30
Quintile bien-être économique	Quintile le plus bas	133	80	89
	Quintile le plus haut	52	60	41
Mortalité juvénile				
Résidence	Rural	139	58	85
	Urbain	78	34	41
Instruction de la mère	Non scolarisée	166	62	78
	Primaire	85	35	44
	Secondaire	45	18	30
Quintile bien-être économique	Quintile le plus pauvre	143	54	103
	Quintile le plus riche	29	34	25

Selon l'OMS, le paludisme est la principale cause de mortalité en Afrique chez les moins de cinq ans (20%); il représente 10% de la charge totale de morbidité du continent. On compte, chaque année, au moins 300 millions de cas aigus de paludisme dans le monde, et plus d'un million de décès. Environ 90% de ces décès surviennent en Afrique, principalement chez les jeunes enfants. Le paludisme est responsable de 40% des dépenses de santé publique, de 30% à 50% des admissions dans les hôpitaux et de 50% des consultations externes dans les zones de forte transmission⁽¹⁰⁾.

La rougeole reste également une grande tueuse d'enfants, ainsi que, parfois, la méningite dans le Sahel. La lutte contre les maladies à vecteurs enregistre des succès divers : relative réussite dans la lutte contre l'onchocercose, -"cécité des rivières", maladie parasitaire cutanée, due à un

insecte qui peut vivre jusqu'à quatorze années dans le corps humain -, mais la trypanosomiase -"maladie du sommeil", transmise par la piqûre de la mouche tsé-tsé, que l'on croyait avoir éradiquée-, s'étend. La lèpre et choléra restent à l'état endémique. Mais, de plus, certaines pathologies, apparemment "exotiques" en Afrique, prennent de l'ampleur : maladies cardio-vasculaires, pathologies psychiatriques, maladies dégénératives, obésité, cancers du foie (dus aux hépatites) et du poumon (tabagisme). La persistance d'une très forte mortalité maternelle est malheureusement un indicateur des dysfonctionnements du système de santé (environ plus de 900 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne contre 60 en Asie de l'Est et 170 en Amérique latine).

Dans certaines régions, les troubles politiques ou les guerres ont eu des répercus-

sions sur la mortalité. L'usage, par les médias, de chiffres sans fondement statistique sur les victimes de conflits donne souvent une image déformée des conséquences des opérations de guerre. Il demeure cependant difficile d'estimer le nombre total de décès dus à la guerre dans les conflits passés ou présents. En général, le nombre de décès "indirects" de ces conflits est bien plus important, conséquence des déplacements de populations et de la diffusion de maladies alors que les structures de santé ont disparu⁽¹¹⁾. C'est le cas dans la plupart des conflits en Afrique, avec, comme dernier exemple en date, le conflit en République démocratique du Congo qui affecte essentiellement la population civile : 94% des 2,5 millions de morts estimés (cf. tableau 4 ci-dessous).

[Un risque majeur : le sida.]

Le sida sévit dans le monde entier, mais c'est surtout sur le continent africain qu'il enregistre son rythme d'extension le plus rapide, y prenant parfois des proportions alarmantes : doublement de la mortalité dans certains pays ou régions, anéantissement progressif des gains fragiles de survie des enfants dans les pays où la maladie est plus ancienne. Fin 2005, Onusida estimait à 39 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde et, parmi eux, 25 millions (65%) en Afrique subsaharienne. L'Afrique étant une région où le VIH se répand principalement par les relations hétérosexuelles, les femmes représentent plus de la moitié des personnes victimes du VIH/sida. Dans les autres régions du monde, la proportion de femmes séropositives est d'un tiers. La proportion de femmes adultes (âgées de plus de quinze ans) affectées par le VIH/sida est 1,7 fois plus

Pays	Périodes	Estimation du nombre total de décès	Décès de combattants	Proportion de morts durant les combats
Soudan (rébellion Anya Nya)	1963-1973	de 250 000 à 750 000	20 000	de 3 % à 8 %
Nigeria (sécession Biafra)	1967-1970	de 0,5 à 2 millions	75 000	de 4 % à 15 %
Angola	1975-2002	1,5 million	160 475	11 %
Éthiopie	1976-1991	de 1 à 2 millions	16 000	moins de 2 %
Mozambique	1976-1992	de 0,5 à 1 million	145 400	de 15 % à 29 %
Somalie	1981-1996	de 250 000 à 350 000	66 750	de 19 % à 27 %
Soudan	1983-2002	2 millions	55 000	3 %
Liberia	1989-1996	de 150 000 à 200 000	23 500	de 12 % à 16 %
République démocratique du Congo	1998-2001	2,5 millions	145 000	6 %

Tableau 4.- Estimation des décès lors de quelques conflits en Afrique (source : Laciina Bethany, Nils Petter Gleditsch, 2005, op. cit.).

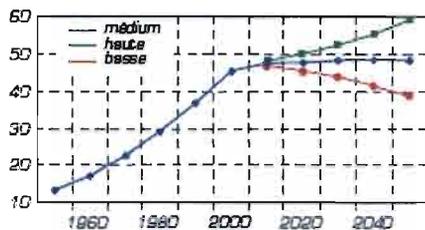


Figure 2.— Estimation de la population de l'Afrique du Sud suivant différentes hypothèses.

forte en Afrique sub-saharienne que sur les autres continents.

Le rythme accéléré de la propagation de la maladie cache cependant des disparités géographiques importantes au niveau de la prévalence, entre l'Afrique de l'Ouest où la situation est diversifiée (Côte-d'Ivoire, Nigeria et Burkina Faso sont les plus touchés) (Tableau 2) et l'Afrique de l'Est et surtout australe (où la prévalence est particulièrement élevée). L'Afrique australe est la région la plus concernée : l'espérance de vie à la naissance a chuté en dessous de 40 ans au Botswana, au Lesotho, au Malawi, au Swaziland, en Zambie (Figure 1), et aussi au Mozambique, en République centrafricaine et au Zimbabwe. La crise épidémiologique que connaît actuellement l'Afrique australe (devenue en quelques années le premier foyer de sida) doit être replacée dans le contexte des mouvements de populations comme de (re)composition des inégalités et d'incorporation de la violence expérimentées par des sociétés qui sortent de

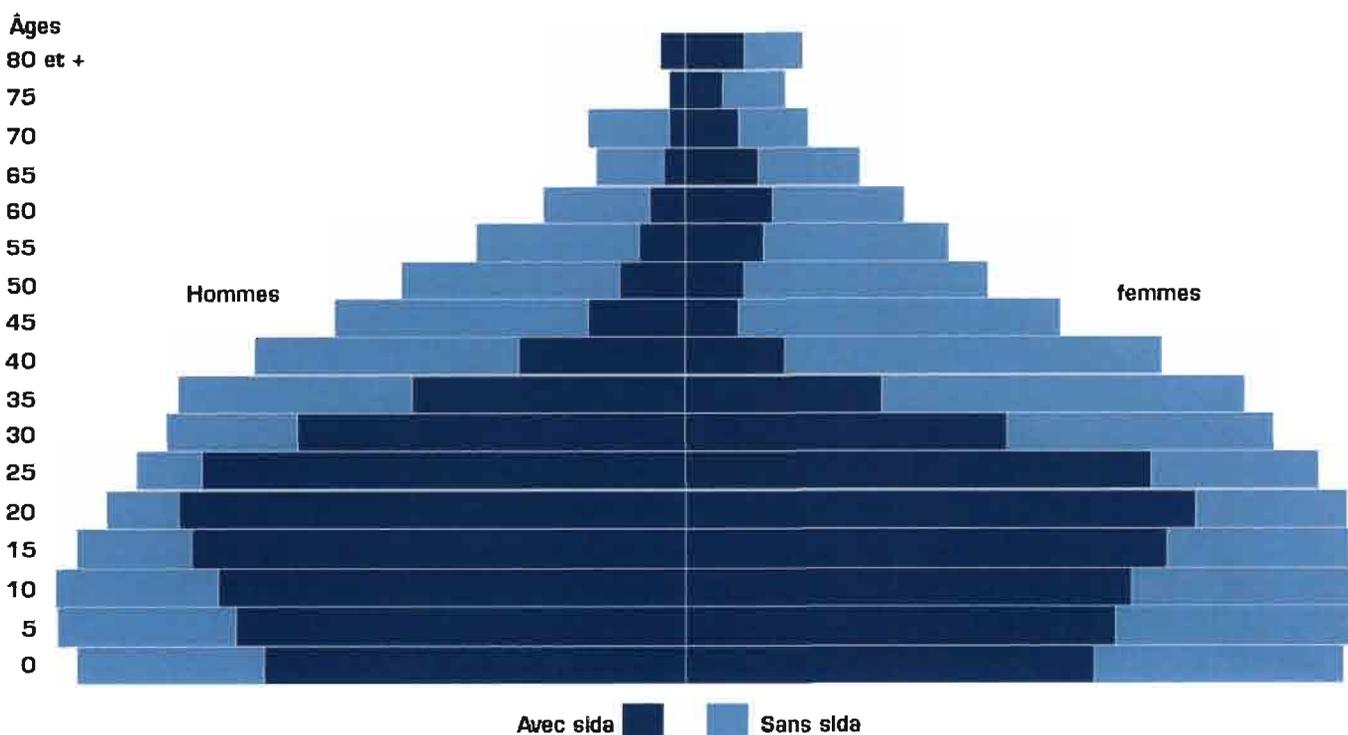
l'apartheid. Le sida a également des effets sur la taille et la structure de la population. Ainsi, celle d'Afrique du Sud risque de stagner, voire décroître, dans les prochaines années (Figure 2 ci-contre). Le cas du Botswana (Figure 3 ci-dessous) illustre bien les répercussions de la maladie sur la structure par âges de la population et les conséquences démographiques à long terme que cette évolution présage ; les adultes sont les principales victimes. Leur disparition précoce entraîne une moindre natalité, accroissant le risque de diminution de la population du pays.

Les conséquences du sida sont dramatiques tant pour les familles que pour la collectivité (prise en charge des malades, à la fois thérapeutique, économique et psychologique, augmentation du nombre des orphelins à la charge des personnes âgées, perte de capacités productives dues au décès de travailleurs déjà formés) et risquent de retarder, pour longtemps encore, le développement économique du continent. Les systèmes de santé en Afrique sont durement mis à l'épreuve par cette maladie. Les ressources sanitaires (personnel, infrastructures, équipement) sont généralement nettement en deçà des

besoins des populations qui se trouvent encore en grande partie exclues de l'accès aux progrès thérapeutiques liés aux trithérapies. Les questions de prise en charge et de relations entre thérapeutes et patients (incluant celles de l'accès au dépistage et de l'annonce de la séropositivité) se posent avec une acuité particulière en Afrique ⁽¹²⁾. Certains modes de transmission de la mère à l'enfant prennent une dimension spécifique en Afrique. L'allaitement est responsable du tiers des cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant et ce risque constitue un véritable problème de santé publique ⁽¹³⁾. Assurer la prévention de la transmission du VIH par allaitement est complexe car aucune solution simple ne peut abolir ce risque : l'allaitement par des substituts du lait maternel comporte de forts risques nutritionnels et infectieux peut-être supérieurs à ceux du VIH. Le dilemme est d'autant plus grand que le risque de transmission d'une mère séropositive à son enfant n'est pas absolu (entre 20% et 40% des cas). Les messages et les mesures à mettre en place dans ce domaine sont subtils, d'autant que l'allaitement revêt une symbolique très forte. De plus, à travers cette maladie, les femmes sont souvent stigmatisées : un retournement s'opère qui fait de la femme, souvent victime de la maladie, la coupable, source du mal. Ceci alors que les femmes séropo-

Figure 3.— Sida : impact sur la pyramide des âges du Botswana en 2020.

Source: Estimations et projections démographiques du Bureau du recensement des États-Unis, 2004.





	1950	2005	2030
Afrique septentrionale	24,8	51,1	64,1
Afrique occidentale	10,4	42,4	57,4
Afrique centrale	13,9	39,9	54,9
Afrique orientale	5,3	22,1	33,7
Afrique australe	37,6	56,3	68,6
Ensemble de l'Afrique	14,7	38,3	50,7
Europe	50,5	72,2	78,3
Asie	16,8	39,8	54,1
Amérique du nord	63,9	80,7	86,7
Amérique latine	42,0	77,4	84,3
Monde	29,0	48,7	59,9

sitives doivent elles-mêmes répondre à des interrogations telles qu'avoir ou non un enfant, ou sur les comportements préventifs à adopter avec le partenaire⁽¹⁴⁾.

[Une circulation migratoire accrue alors que les tensions sur le marché de l'emploi en ville s'aggravent.]

Le rythme de croissance de la population urbaine a atteint presque 5% par an en Afrique au début des années soixante. Cette croissance s'est ralentie progressivement résultant de plus en plus du mouvement naturel, mais les villes continuent tout de même de croître plus rapidement que le milieu rural. Près de 40% de la population africaine vivent actuellement en ville et ce sera le cas d'un Africain sur deux en 2030 (Tableau 5 ci-dessus); l'Afrique de l'Est restant toutefois en recul dans le processus d'urbanisation par rapport aux autres régions.

Déclin de la fécondité et ralentissement de l'exode rural se conjuguent pour expliquer cette variation du rythme de croissance de l'urbanisation. Les migrations internes ne se sont pas ralenties pour autant. Bien au contraire, les déplacements restent intenses, mais le départ des uns compense davantage l'arrivée des autres⁽¹⁵⁾. En Afrique de l'Ouest, au début des années quatre-vingt-dix, les flux du monde rural vers les capitales ont diminué. A contrario, les flux en sens inverse, de la capitale vers le milieu rural, deviennent assez importants; on observe même un exode urbain dans certains pays, mais il n'en demeure pas moins que de plus en plus de ruraux ont eu une expérience urbaine au cours de leur vie et que, globalement, l'urbanisation progresse. Le retour au village sert de plus

en plus de recours aux difficultés d'insertion en ville, quitte à tenter une nouvelle expérience urbaine par la suite. La situation des migrants est paradoxale. D'une part, ils sont confrontés à des risques de marginalisation et d'exclusion dans les villes, bien que souvent le dynamisme de leurs réseaux sociaux leur permette d'accéder plus rapidement à certaines ressources urbaines concernant l'emploi ou le logement. D'autre part, ils constituent, sur leur lieu d'origine, une soupape à la crise grâce à leurs envois de fonds, et sont vecteurs de changements sociaux. Le processus général d'insertion urbaine est articulé autour de deux pôles: l'accès au travail et l'instruction. L'exercice d'un emploi rémunéré joue un rôle central dans le processus d'insertion, tant pour accéder à un logement que pour constituer une famille. Quant à l'instruction, c'est elle qui est censée donner l'accès aux meilleurs emplois et expliquer les différences dans les comportements démographiques et sociaux. La capacité à accroître la demande d'éducation dépend de manière centrale de l'appréciation des familles quant à sa capacité à procurer des emplois attractifs. Cependant l'idée d'une inadéquation de plus en plus marquée entre formation et emploi s'est largement répandue, alimentée par la dégradation de la qualité de l'enseignement public et par le sous-emploi des diplômés. Pourtant, le capital éducatif permet un accroissement substantiel des gains y compris dans le secteur informel de la plupart des grandes capitales d'Afrique de l'Ouest⁽¹⁶⁾. On assiste, dans les villes africaines, à l'explosion du nombre de jeunes hautement qualifiés mais qui ne trouvent pas de travail correspondant à leurs qualifications dans les secteurs for-

Tableau 5.— Taux de population urbaine par grandes régions (2005). (Source : à partir de Population Division - United Nations, *World Population Prospects: The 2006 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>)

mels. Le secteur informel a créé plus de 80% des emplois urbains en Afrique de l'Ouest au cours de la période récente⁽¹⁷⁾, et focaliser les efforts publics en matière d'emploi dans ce secteur, à travers de véritables politiques attractives pour les plus diplômés, constitue, au moins à court terme, une alternative sérieuse à l'absence de recrutements observée dans les secteurs public et privé formels⁽¹⁸⁾.

Dans le domaine des migrations internationales, l'essentiel des flux se produit entre pays africains, mais il y a une très grande disparité suivant les pays. Les flux de migrants vers les pôles d'attraction traditionnels, tels que la Côte-d'Ivoire pour les Burkinabés et les Maliens, par exemple, ont nettement diminué d'intensité. En revanche, l'Afrique du Sud et le Nigeria demeurent des pôles attractifs, ainsi que le Gabon. L'essentiel de ces migrations correspond à des migrations de travail. Une autre grande catégorie de mouvements résulte des déplacements de populations lors des conflits. En 1995, on estimait à 6,3 millions le nombre de réfugiés en Afrique dû à la multiplication des conflits, crises politiques et des guerres civiles; ce chiffre a diminué en l'an 2000 pour atteindre 3,5 millions de personnes⁽¹⁹⁾.

Depuis les années soixante, les flux migratoires de l'Afrique vers les pays occidentaux sont en augmentation. Orientés initialement des ex-colonies vers les anciennes puissances de tutelle, les flux semblent aujourd'hui se diversifier vers différents pays occidentaux comme l'Italie ou l'Espagne, voire les États-Unis, le Canada ou l'Australie. Ces flux tendent également à se féminiser, associant aux migrations de travail les regroupements familiaux. L'ampleur de ces mouvements, souvent clandestins, demeure mal connue. Les envois de fonds des migrants constituent un apport essentiel pour de nombreux ménages en Afrique et peuvent, selon la Banque mondiale, contribuer à réduire la pauvreté.

[Les transformations de la famille.]

Dans ce contexte de changements économiques et sociaux profonds, la famille afri-

caine se modifie, parfois de façon contradictoire. Les évolutions et les situations sont très diverses suivant les sociétés, rendant hasardeuse toute tentative de généralisation. Le mariage se transforme : il est plus tardif, davantage à l'instigation des intéressés, la compensation matrimoniale ne revêt plus la même importance. Dans plusieurs pays, l'institution du mariage laisse place à des unions consensuelles et dans d'autres, l'union religieuse prime sur le mariage civil. L'écart d'âge entre conjoints tend cependant à se réduire, mais il continue d'être très élevé en Afrique de l'Ouest (entre cinq et dix ans). Malgré sa disparition annoncée depuis 50 ans, la polygamie reste une forme d'union encore très répandue, particulièrement en Afrique de l'Ouest⁽²⁰⁾.



On assiste, dans les villes africaines, à de nouveaux arrangements domestiques et résidentiels, ainsi qu'à des recompositions familiales, associés à une redéfinition des rapports sociaux et des rôles familiaux entre sexes et entre générations. Les femmes assument de plus en plus, et dans des conditions souvent précaires, des responsabilités jusqu'alors du ressort des hommes. Décès du mari, instabilité matrimoniale, absence du mari parti en migration, pratique de non-cohabitation des conjoints, etc., expliquent la part de plus en plus accrue de femmes considérées comme chefs de famille⁽²¹⁾.

Les jeunes sont particulièrement concernés par ces recompositions familiales et la dégradation du marché de l'emploi. La libéralisation de l'activité économique et

le désengagement de l'État s'accompagnent de réajustements drastiques sur le marché du travail, avec la montée de la précarité des emplois et du chômage des jeunes. Être jeune aujourd'hui, en Afrique, ne signifie pas la même chose qu'avoir été jeune au moment des indépendances. L'ajustement à des conditions économiques de plus en plus sévères s'opère par un repli sur la cellule familiale qui tend à s'agrandir : trois, voire quatre générations vivent sous le même toit. Ces changements résultent en grande partie des blocages sur le marché de l'emploi et ils s'opèrent indépendamment des autres évolutions socio-démographiques (élévation du niveau d'instruction, composition selon l'origine géographique ou ethnique,

évolution des mentalités, etc.)⁽²²⁾. L'assistance que les aînés apportent aux plus jeunes masque les effets les plus criants des programmes d'ajustement, et en occulte certainement la portée et les répercussions sur le quotidien des populations urbaines.

La crise remet en cause les fondements de la solidarité socio-politique globale : la paupérisation des classes moyennes et populaires a entraîné une diminution générale des ressources communautaires, affaiblissant d'autant les capacités de redistribution. Les pratiques de solidarité perdurent (assistance mutuelle entre voisins ou parents, tontines, aide financière ponctuelle, soutien à la scolarisation, hébergement, etc.), mais ce qui fait leur ressort commun, c'est une logique utilitariste. Or, cette logique est remise en cause quand les individus ne peuvent plus fournir les contributions qui alimentent ces circuits d'assurance et d'assistance mutuelles, et, de ce fait, s'en trouvent exclus⁽²³⁾.

Toutefois de tels processus d'individualisation sont propices aux prises de conscience critiques vis-à-vis de ces formes de solidarité, et à l'émergence de nouveaux liens sociaux fondés sur l'adhésion individuelle et sur des engagements politiques ou religieux. L'émergence de nouveaux rapports sociaux passe donc par une remise en cause des solidarités anciennes.



Utilisation d'un chapelier pour compter les jours d'un cycle.



[Conclusion.]

Les progrès de la scolarisation et de l'éducation sont aujourd'hui manifestes en Afrique et ont des répercussions sur les comportements démographiques qui évoluent et se diversifient. Il existe une grande disparité des situations entre pays, selon les niveaux d'instruction et les milieux sociaux. La croissance des inégalités sociales et les disparités spatiales entraînent des clivages plus marqués entre populations. Toutes les situations s'impacitent rendant obsolète une présentation uniforme de la démographie africaine. Certains phénomènes commencent à être bien connus comme l'amorce de transition de la fécondité et de la mortalité infantile. Mais des zones d'ombre subsistent. Dans certains pays, on manque encore d'informations démographiques de base fiables (comme la RDC); certains domaines, comme la mortalité des adultes ou les migrations internes et internationales, sont dépourvus de statistiques fiables. Il demeure une grande incertitude sur les conséquences démographiques de la pauvreté des ménages.

Une importante partie de l'Afrique vit juste au-dessus du seuil de pauvreté et dépend toujours de l'agriculture alors que le continent est confronté au manque de terres cultivables⁽²⁴⁾ et s'avère particulièrement vulnérable aux changements du climat. De fortes contraintes s'exercent sur l'accès à l'eau tant pour l'alimentation en eau potable des populations urbaines que pour les usages agricoles: de nombreux pays risquent de voir leurs relations internationales se détériorer à cause du contrôle de l'eau et des sources des grands fleuves du continent⁽²⁵⁾.

Pour ce qui touche au mode de vie, modernité et tradition sont en rapport dialectique permanent. Les codes de la famille, par exemple, restent un enjeu politique important, en particulier dans leur application. Les effets des transformations en cours ne sont pas univoques et peuvent toucher le mariage (recul de l'âge au mariage, nouveaux modes d'union, accroissement des divorces), la maladie et la mort (inégal accès aux soins), la fécondité (perception du coût des enfants qui incite à une moindre descendance). La famille est bousculée dans ses fondements et les solidarités vivement mises à l'épreuve. Le défi est grand pour les politi-

ques, car il faut agir à différents niveaux: l'éducation et l'information, la formation du personnel médical, le développement des infrastructures liées à la santé, la santé publique et la médecine préventive, la lutte contre la pauvreté, l'accroissement des ressources et des emplois pour faire face à l'augmentation de population, etc. Mais comment relever cet immense défi, alors que l'on prône le retrait de l'État dans ces différents secteurs?

L'initiative privée et la mobilisation populaire ne suffiront certainement pas. ■

(1) Coussy Jean (dir.) : Vallin Jacques (dir.), 1996: *Crise et population en Afrique. Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques* Paris: Centre français sur la population et le développement, 590 p. (Coll. Les Études du CEPED).

(2) Pour une vue d'ensemble de la démographie en Afrique: Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker, 2004: *La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000: synthèse des changements et bilan statistique*, Population, revue de l'INED, vol. 59, n° 3-4, p. 521-621

(3) Y compris l'Afrique du Nord.

(4) Selon les estimations du Population Reference Bureau (www.prb.org), reprises par Gilles Pison dans *Population et Sociétés* n°436 de juillet 2007.

(5) Les données de fécondité proviennent des enquêtes DHS menées dans plusieurs pays et dont les résultats sont consultables sur le site <http://www.measuredhs.com/>

(6) Agnès Guillaume, *L'avortement en Afrique*, CDROM du CEPED.

(7) Tabutin Dominique et Bruno Schoumaker, 2004, op. cit.

(8) Garenne Michel et Enéas Gakusi, 2006: *Reconstruction des tendances de la mortalité des jeunes enfants en Afrique subsaharienne de 1950 à 1999 à partir des données d'enquêtes démographiques*, The African Statistical Journal Volume 3, Nov 2006, p.211-230.

(9) Vidal Laurent, Fall Abdou Salam et Gadou Dakouri (dir.), 2005: *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques: paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte-d'Ivoire*, L'Harmattan ("Logiques sociales"), 2005, 328 p.

(10) http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/370/infashe.et3_fr.pdf

(11) Lacina Bethany, Nils Petter Gleditsch, 2005: *Monitoring Trends in Global Combat: A New Dataset of Battle Deaths*, European Journal of Population, 21, N°2-3: 145-166.

L'ensemble du numéro de cette revue s'intitule "The Demography of Conflict and Violence" et comprend plusieurs articles concernant l'Afrique.

(12) Vidal Laurent, 2000: *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris: PUF, 216 p.

(13) Desclaux Alice et Bernard Taverne (dir.), 2000: *Allaitement et Vih en Afrique de l'Ouest*, Paris, Éditions Karthala, 556 p.

(14) Annabel Desgrées du Loû, 2005: *Le couple face au Vih/sida en Afrique sub-saharienne: information du partenaire, sexualité et procréation*, Population, vol. 60, n° 3, p. 221-242.

(15) Bocquier Philippe, Traoré Sadio, 2000: *Urbanisation et dynamique migratoire en Afrique de l'Ouest. La croissance urbaine en panne* Paris: L'Harmattan, 154 p. (Coll. Villes et entreprises)

(16) Kuepie Mathias, Christophe Nordman et François Roubaud, 2006: *Marché du travail urbain et secteur informel en Afrique francophone: l'éducation est-elle encore rentable?*, Dialogue n°25, Dial Paris, p.2-9. Sur la situation de l'emploi et la pauvreté voir les travaux de Dial: <http://www.dial.prd.fr/>

(17) Brilleau Alain, Roubaud François, et Torelli Constance, 2005: *L'emploi, le chômage et les conditions d'activité, enquête 1-2-3 Phase 1*, Statéco, n° 99, pp. 43-64. Document de Travail DIAL, DT/2004/06.

(18) Kuepie Mathias, Christophe Nordman et François Roubaud, 2006, op. cit.

(19) Zlotnik H., 2003: *Migrants' right, forced migration and migration policy in Africa*, Communication à la conférence African Migration in "Comparative perspective", Johannesburg, 34 p. <http://pum.princeton.edu/pumconference/papers/6-Zlotnik.pdf>

(20) Antoine Philippe, 2002: *Les complexités de la nuptialité: de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine en Afrique*, in *Démographie: analyse et synthèses. Volume II: Les déterminants de la fécondité* sous la direction de G. Caselli, J. Vallin et G. Wunsch, INED, Paris, p. 75-102.

(21) Pilon Marc, Vignikin Kokou, 2007: *Ménages et familles en Afrique subsahariennes*, Éditions des Archives Contemporaines, "Savoirs Francophones", Paris, 122 p.

(22) Antoine Philippe, Razafindrakoto Mireille, Roubaud François, 2001: *Contraintes de rester jeunes?* Autrepart N° 18, p. 17-36.

(23) Marie Alain (éd.), 1997: *L'Afrique des individus: Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine* (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey) Paris: Karthala, 440 p.

(24) Les difficultés d'accès au foncier agricole sont une des dimensions de la crise ivoirienne.

(25) *Sub-Saharan Africa's Future: A US National Intelligence Council Conference Report*, Population and development review 32(1) (March 2006), p. 187-193.

Antoine Philippe. (2007).

L'Afrique face à ses défis démographiques.

In : Compaoré B. (ed.) Afrique complexe et contrastée

Bulletin d'Etudes de la Marine, 40, 33-41.