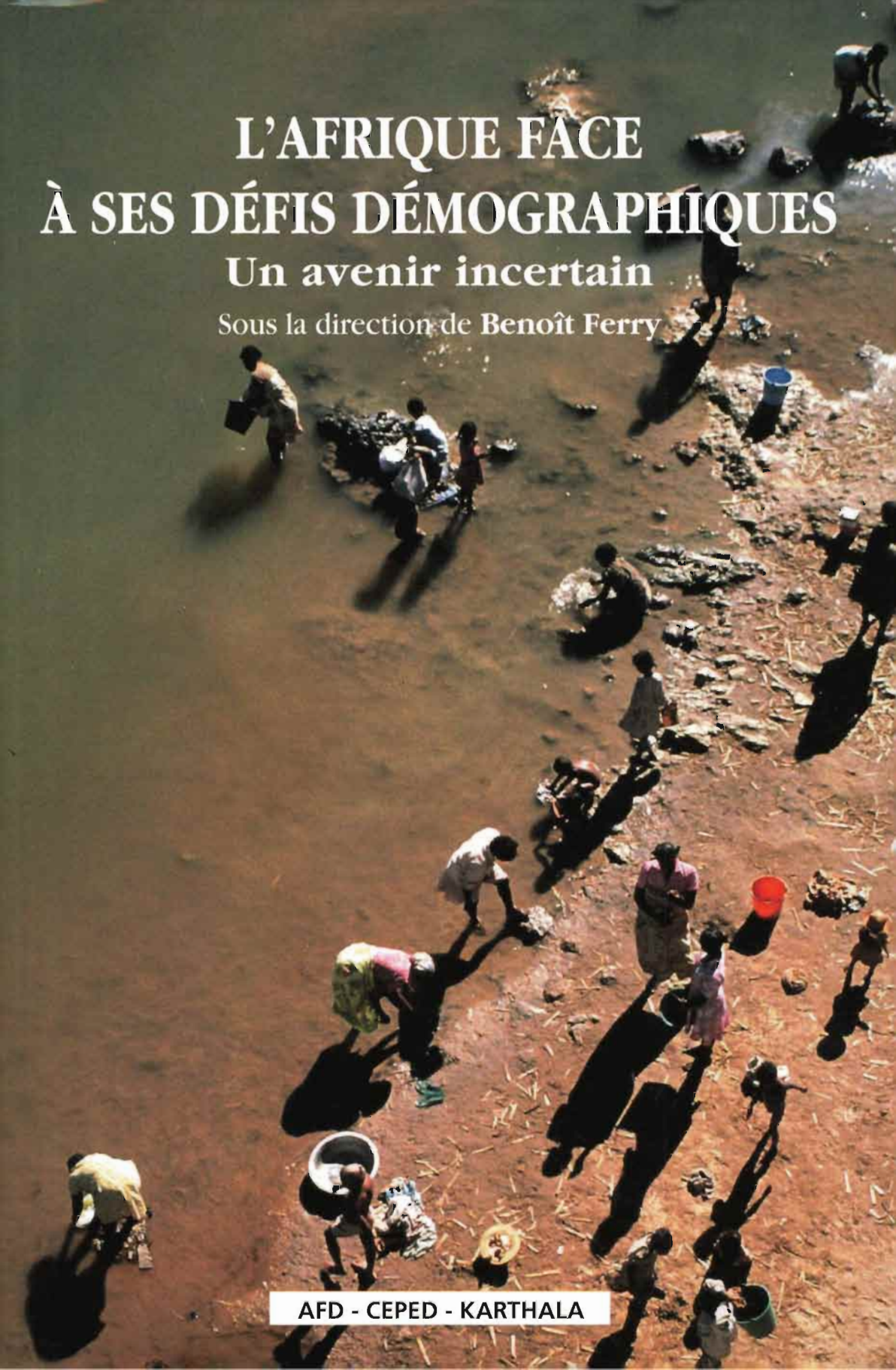


An aerial photograph showing a group of people wading through a shallow, muddy river. The water is a dark, murky brown. The people are scattered across the frame, some carrying items on their heads or backs. Long, dark shadows are cast by the people onto the riverbed, indicating a low sun position. The riverbed is composed of reddish-brown mud and some rocks. The overall scene suggests a rural or developing area where people might be crossing the river for daily activities or work.

L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

Un avenir incertain

Sous la direction de Benoît Ferry

AFD - CEPED - KARTHALA

L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

KARTHALA sur Internet : <http://www.karthala.com>

Paielement sécurisé

Couverture : Lessive au bord du fleuve à Mandrare au sud de Madagascar.
Photo IRD/V. Simonneaux/8709. Maquette : Ferrari/corporate.

© Coédition AFD – CEPED – KARTHALA, 2007
ISBN : 978-2-84586-944-8

SOUS LA DIRECTION DE
Benoît Ferry

L'Afrique face à ses défis démographiques

Un avenir incertain

AFD
7, rue Roland Barthes
75012 Paris

CEPED
45 bis, av. de la Belle Gabrielle
94700 Nogent-sur-Marne

KARTHALA
22-24, bd Arago
75013 Paris

L'AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT

L'Agence Française de Développement (AFD) est l'opérateur pivot de l'aide publique française au développement. À ce titre, l'Agence contribue à la réduction de la pauvreté, au soutien de la croissance économique et à la préservation de l'environnement. L'Agence finance des projets portés par les pouvoirs publics locaux, les entreprises publiques ou le secteur privé et associatif. L'Afrique subsaharienne est une priorité pour l'Agence qui y consacre plus de la moitié de ses financements (1,2 milliard) et plus de 80 % de ses subventions. En 2006, les engagements du Groupe AFD et Proparco, sa filiale spécialisée dans le financement et la promotion du secteur privé, ont été au total de 2,4 milliards d'euros dans les pays en développement. Ces financements ont concerné la scolarisation de 3,8 millions d'enfants et la vaccination de 5,6 millions, l'amélioration des conditions de logement de 690 000 personnes et l'approvisionnement en eau potable de 5,4 millions. Les projets d'efficacité énergétique, sur la même année, ont représenté une économie de 1,7 million de tonnes de CO₂ par an. Site Internet : www.afd.fr.

Les analyses et conclusions présentées dans ce livre sont formulées sous la responsabilité de leurs auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'AFD et ne sauraient donc l'engager.

LE CENTRE POPULATION ET DÉVELOPPEMENT

Le Centre Population et Développement (CEPED), qui associe l'Institut national d'études démographiques (INED), l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et l'université Paris 5, est soutenu par le ministère des Affaires étrangères et d'autres institutions françaises. Il consacre ses activités à stimuler la collaboration scientifique entre des équipes de recherche du Nord et du Sud dans le domaine de la population et du développement.

Le CEPED est également l'interface entre la recherche et le politique. Une de ses missions est de synthétiser et de relayer les résultats de la recherche auprès des décideurs.

L'appui du CEPED, autour d'actions de valorisation, de formation, d'expertise et de documentation, s'exerce selon les grandes thématiques scientifiques en matière de population des pays en développement. Ses activités, coordonnées par des chercheurs expérimentés dans le domaine, sont organisées sous forme de groupes de travail afin d'aboutir à des sessions de formation, des ateliers, des séminaires, des conférences internationales et des publications. Site Internet : <http://ceped.cirad.fr>.

Sommaire

Avant-propos	7
<i>Jean-Marc Châtaigner</i>	
Introduction	17
<i>Benoît Ferry et Philippe Hugon</i>	
1. La démographie africaine entre convergences et divergences ...	27
<i>Jean-Pierre Guengant</i>	
2. Mortalité et santé	123
<i>Dominique Tabutin, Bruno Schoumaker et Bruno Masquelier</i>	
3. Variables démographiques et développement : le cas de l'éducation et de la santé en Afrique	155
<i>Philippe Hugon</i>	
4. La demande d'enfants en Afrique subsaharienne	197
<i>Patrice Vimard et Raïmi Fassassi</i>	
5. Les relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud et en Afrique subsaharienne. Bilan et explications	253
<i>Dominique Tabutin</i>	
6. Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne	289
<i>Gervais Beninguise</i>	
7. Synthèse. Entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne	329
<i>Patrice Vimard</i>	

Sigles et abréviations	369
Les auteurs	371
Résumés	375

Avant-propos

L'idée de cet ouvrage collectif fait suite à un atelier de réflexion sur les questions démographiques et de population, organisé au début du mois de mars 2006 par l'Agence française de développement (AFD), en partenariat avec le Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni, la fondation Flora Hewlett et l'association française Équilibres & Populations. Les questions de population étant, depuis la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994, les grandes oubliées, du moins négligées, de l'agenda international du développement, l'objectif de cet atelier de travail avait, du point de vue de ses initiateurs, une triple vocation :

- replacer la question démographique, particulièrement en Afrique subsaharienne, au cœur des débats sur les facteurs structurels de la croissance et du développement (ou, sous un angle plus négatif, sur les causes fondamentales de l'échec des politiques de lutte contre la pauvreté dans certains pays) ;

- constater l'échec de la révolution contraceptive de ces trente dernières années sur le continent africain et confronter, sur ce sujet, les points de vue de chercheurs du Sud et du Nord, d'universitaires des mondes francophone et anglophone, d'économistes, de sociologues et de démographes ;

- permettre *in fine* la reprise d'un dialogue de fond entre le monde de la recherche et les acteurs du développement, sur les relations complexes entre les problématiques démographiques, économiques et politiques.

L'organisation de cet atelier résultait de la volonté réaffirmée de franchir le fossé qui sépare encore trop souvent les scientifiques dans leurs centres de recherche et les opérationnels sur le terrain. Cette étape est indispensable pour mieux comprendre les réussites et les échecs de certaines politiques publiques, y compris celles conseillées, avec les meilleures intentions du monde, par un certain nombre de bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, mais dont les effets recherchés à court terme tiennent rarement compte des déterminants contextuels ou histo-

riques. Pour ne prendre que l'exemple des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), devenus, depuis le sommet de New York en septembre 2000, l'alpha et l'oméga de l'action internationale en faveur du développement ou encore, selon François Egil, « un nouveau projet millénariste¹ », leur universalité ne tient aucun compte des particularités de tel ou tel pays et de leur situation de départ. L'ampleur de la variable démographique, avec la perspective, d'ici 2050, d'un triplement, voire même d'un quadruplement de la population de pays comme le Niger, le Mali ou le Tchad, suppose des efforts gigantesques pour réaliser les OMD et assurer par exemple la scolarité universelle. Pour l'Afrique, cela signifie notamment qu'il faut passer de 64 millions d'enfants scolarisés aujourd'hui dans le primaire à 160 millions en 2015, qu'il faut, par conséquent, mobiliser de nouvelles ressources financières, mais plus encore intégrer une gestion dynamique et prévisionnelle des systèmes scolaires (avec des investissements immobiliers lourds, le recrutement massif d'enseignants, etc.) et se doter d'une véritable stratégie de renforcement des capacités nationales.

Le fait que cette collaboration se développe sur la question démographique représente donc un enjeu exemplaire et essentiel. Plusieurs facteurs expliquent le désintérêt international pour ces sujets, depuis la tenue de la CIPD en 1994, et montrent combien il est important d'y revenir si l'on ne veut pas que l'Afrique reste à la traîne du développement.

En premier lieu, la stabilisation de la population mondiale et l'accélération de la transition démographique ont déjoué les sombres prévisions du Club de Rome² et permis à un certain nombre de pays en voie de développement, parmi les plus peuplés (Chine, Inde, Thaïlande, etc.), de conforter leur croissance. Le « bonus démographique » dont ces pays ont bénéficié (la chute brutale de la fécondité dans la phase de transition, entraînant la croissance de la part active de la population et la décroissance de sa part inactive) a d'ailleurs largement facilité leur émergence dans les rapports économiques internationaux (de production et de consommation), jusqu'à en faire des acteurs désormais incontournables de la mondialisation. Il reste que le succès de cette transition démographique mondiale a eu l'inconvénient de masquer, d'occulter ou de minimiser le décalage africain, particulièrement en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. La forte fécondité africaine s'est trouvée confortée par la conjonction de deux idéologies, parfois inconscientes et d'apparence contradictoire : l'une, d'inspiration nationaliste, selon laquelle la taille de

1. François Egil, 2005, « Les éléphants de papier. Réflexions impies pour le V^e anniversaire des Objectifs de Développement du Millénaire », *Politique africaine*, vol. 99, p. 97-115.

2. Rapport Meadows, « Halte à la croissance », publié en 1972.

la population est avant tout synonyme de puissance (l'essentiel pour l'Afrique étant de retrouver la place relative qu'elle occupait dans le monde avant la traite des esclaves et la période d'exploitation coloniale) ; l'autre, enracinée dans ce que nous appellerons l'antimalthusianisme de certaines anciennes puissances coloniales (la France, le Portugal, etc.), selon laquelle la croissance démographique est avant tout un bienfait. Si l'on excepte la Tunisie, peu de chefs d'État africains ont su échapper au piège manichéen et à l'étau de ces deux discours, ont su défendre les intérêts de leurs peuples et ont simplement permis aux femmes d'avoir accès au planning familial (plus de 130 millions d'entre elles ne disposent aujourd'hui encore d'aucun moyen moderne de contraception...) ou au suivi médical de leurs grossesses. On ne peut qu'être révolté devant cette statistique : une femme africaine risque deux cent fois plus de mourir en couches qu'une femme occidentale.

En deuxième lieu, la crise de la dette des années 1980 et la mise en place de politiques d'ajustement structurel ont conduit à accorder la priorité aux enjeux de court terme, avec le souci immédiat d'assainir les finances publiques, de diminuer les dépenses publiques et de libéraliser à tous crins les économies (selon le catéchisme alors en vigueur dans les institutions financières internationales et formalisé par John Williamson dans une série de préceptes restés célèbres sous le nom de « consensus de Washington »). Ces politiques d'ajustement structurel ont en fait largement contribué, dans des pays de faible maturité politique, à l'enrichissement des classes dirigeantes (souvent premières bénéficiaires des politiques de privatisation) et à la déstructuration complète des systèmes sociaux. Elles ont eu pour effet de limiter les moyens mis en place en faveur des politiques de contrôle des naissances et elles ont stoppé, dans de nombreux pays, les progrès de la baisse de la mortalité maternelle et infantile. Les effets négatifs de ce que le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) a qualifié de « décennie perdue du développement » se sont en outre révélés durables sur le long terme. Les États, fragilisés, incapables d'apporter le moindre service à leurs populations ou d'attirer de réelles compétences non claniques ou non mafieuses, se trouvent, par voie de conséquence, complètement délégitimés dans l'élaboration de leurs politiques publiques. Une des autres conséquences néfastes des politiques d'ajustement structurel a été de renforcer le primat de l'analyse économique du développement « en passant à côté de nombreuses autres dimensions (stratégiques, politiques, culturelles, éthiques...) »³. Il est frappant de constater à cet égard que le tout puissant courant de recherche sur l'efficacité de l'aide et sur les conditions opti-

3. Jean-Michel Severino et Olivier Charnoz, 2005, « État des lieux des politiques de développement : les mutations imprévisibles », *Afrique contemporaine*, n° 213, hiver.

males de son allocation (courant qui s'est développé depuis la fin des années 1990 dans le sillage de chercheurs et d'économistes liés à la Banque mondiale, comme Burnside, Dollar, Collier, etc.) fait une impasse complète sur l'impact des politiques démographiques. La vice-présidence Afrique de la Banque mondiale ne compte à l'heure actuelle en tout et pour tout qu'un seul démographe.

En troisième lieu, l'émergence de nouveaux défis mondiaux d'ordre environnemental (réchauffement climatique) ou sanitaire (VIH/Sida et, désormais, grippe aviaire) a mobilisé l'action internationale sur de nouveaux domaines, les questions de population ne paraissant plus revêtir à l'échelle mondiale la même acuité. Le lien, pourtant évident, entre questions de population et questions environnementales est rarement fait à un niveau global, alors que l'on sait que des concentrations excessives de population peuvent contribuer durablement à la détérioration des écosystèmes, à la déforestation, à l'appauvrissement de la biodiversité, à l'exploitation incontrôlée des ressources naturelles. Parfois citées comme facteur de régulation, les migrations ne peuvent jouer dans ce contexte qu'un rôle marginal (car la part des populations appelées à se déplacer restera toujours mineure à l'échelle des pays concernés, alors que les capacités des pays d'accueil ne sont pas extensives). Elles contribuent à déplacer les déséquilibres ou à en créer de nouveaux : croissance urbaine anarchique et non gérable, exacerbation des conflits autour de la propriété foncière entre populations indigènes et allochtones, développement de circuits d'émigration illégale vers les pays du Nord...

Si l'on analyse plus précisément l'action de lutte contre le VIH/Sida, on constate que cette dernière a légitimement bénéficié en Afrique de l'appui prioritaire des bailleurs de fonds au détriment de programmes de santé plus transversaux, et même parfois de l'équilibre général des systèmes de soins. Si l'on ne peut nier qu'il s'agissait de faire face aux risques d'une catastrophe humanitaire absolue, notamment dans les pays d'Afrique australe où la prévalence du VIH/Sida a dépassé les 30 % (comme au Botswana, au Zimbabwe, au Swaziland ou au Lesotho) jusqu'à déformer de façon spectaculaire les pyramides des âges et faire apparaître de nouvelles problématiques sociales (on pensera bien sûr à la question traumatisante des orphelins du VIH/Sida), il faut sans doute s'interroger sur les conditions d'adaptation de cette action dans des pays moins touchés par la maladie, comme le Sénégal ou les pays sahéliens, où la prévalence ne dépasse pas 1 % et ne devrait pas particulièrement s'accroître dans les prochaines années. Dans une étude sur l'allocation de l'aide par priorités sectorielles⁴, l'OCDE souligne que le VIH/Sida reçoit plus de ressources que sa contribution à la charge de morbidité et de

4. OCDE, 2005, *Working paper*, n° 244, juin.

mortalité ne le justifie. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'opposer les deux priorités que sont la lutte contre le VIH/Sida, d'une part, et le planning familial, d'autre part, mais on peut se demander si ce dernier ne serait pas parfois mieux perçu par les populations et notamment par les femmes.

En quatrième et dernier lieu, l'alliance pourtant improbable des milieux intégristes chrétiens et musulmans (des États-Unis et d'Iran par exemple) pour la limitation des droits des femmes et l'opposition aux programmes de contraception a certainement largement contribué à « neutraliser » la prise en compte de l'enjeu démographique dans les conférences internationales. Les priorités affichées par les bailleurs de fonds (à l'exception des Pays-Bas, irréductibles, et des bailleurs de fonds bilatéraux nordiques) en ont été affaiblies. La France s'est souvent trouvée isolée dans la défense des droits des individus, bien mis à mal dans ce maelström idéologique. Si la CIPD du Caire en 1994 avait réaffirmé avec force un certain nombre de droits en matière de « santé de la procréation⁵ », ceux-ci n'ont pas été repris en tant que tels par le sommet du Millénaire de 2000, même si, bien sûr, les OMD renouvèlent les engagements en matière de lutte contre la mortalité infantile et maternelle, de lutte contre les grandes pandémies (VIH/Sida, tuberculose et paludisme) et d'égalité entre les hommes et les femmes. Rappelons également que la contribution volontaire américaine au Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP/UNFPA) a été brutalement coupée, juste après l'élection du président Bush en 2000, sous le prétexte officiel d'un refus de soutien, même indirect, à des programmes de contrôle des naissances en Chine, et que Paul Wolfowitz, lors de son court passage à la tête de la Banque mondiale, s'est opposé à l'approbation par l'institution financière d'un programme de planning familial à Madagascar.

Ce désintérêt pour les questions de population n'est cependant pas soutenable à moyen et long termes, ce que le secrétaire d'État à la Coopération et à la Francophonie, Jean-Marie Bockel, n'a pas manqué de souligner le 17 juillet dernier⁶, ajoutant qu'une large partie de la croissance économique africaine est absorbée mécaniquement par l'augmentation démographique. Son constat était clair : « C'est une croissance, si l'on peut dire, sans développement », a-t-il déclaré. Les enjeux sont trop grands pour être négligés en Afrique subsaharienne où la transition et les évolutions démographiques sont atypiques. 5 % de la population mondiale vit dans une vingtaine de pays où la fécondité est supérieure à

5. Traduction la plus précise du concept de « *reproductive health* », parfois transformé en français en « santé de la reproduction » ou, pire encore, traduit abusivement, dans l'affreux jargon onusien, par « santé génésique ».

6. Dans sa première intervention lors des journées du réseau de la coopération internationale et du développement. Texte intégral disponible sur le site www.diplomatie.gouv.fr.

6 enfants par femme. Même si l'on observe une baisse très relative du taux de fécondité au niveau du continent (5,4 enfants par femme en 2002 contre 6,7 en 1985), les projections de croissance démographique sont insoutenables sur le long terme, puisqu'elles vont, suivant les pays (à l'exception de l'Afrique australe), du doublement au quintuplement. La fécondité record d'un pays comme le Niger (7 enfants par femme) reste inférieure au désir d'enfants, qui est de 8 enfants chez les femmes et de 12 chez les hommes...

Ces évolutions reportent à un avenir lointain les dividendes de la transition démographique constatés dans d'autres régions du monde (transition qui a souvent été le corollaire, comme en Tunisie ou au Mexique, du décollage économique). Elles soulèvent aussi, pour des pays comptés par ailleurs parmi les plus pauvres, des problèmes insurmontables en termes de gestion des terres arables et des ressources agricoles (au Niger, le ratio population/terres cultivables est aujourd'hui six fois plus élevé que lors de la déclaration d'indépendance, en 1960), d'approvisionnement en eau, de construction d'écoles et de centres de santé, de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales (les pauvres ayant statistiquement plus d'enfants, ils sont relativement plus nombreux). Les conséquences de cette croissance démographique sont, entre autres, la multiplication probable des disettes et des famines (notamment dans le Sahel et dans la Corne de l'Afrique), le développement des conflits, tant dans le monde rural (pour la possession et l'exploitation des terres) que dans le monde urbain (avec la présence massive d'une jeunesse désœuvrée), et, bien sûr, l'accroissement de pressions migratoires de plus en plus incontrôlables vers les zones urbaines et les régions les plus riches, y compris *in fine* vers l'Europe, par un mouvement de vases communicants. Tous les efforts de développement et les succès enregistrés ici ou là (comme le succès de la filière coton en Afrique de l'Ouest francophone) risquent, si l'on ne fait rien, d'être remis en cause.

Avant d'agir, il faut d'abord, évidemment, mieux comprendre les phénomènes en jeu et les dynamiques dans lesquelles s'inscrivent ces derniers. Seule une bonne connaissance des réalités (et c'est vraiment là le sens du projet lancé en mars 2006 par les différents partenaires de cette initiative) permet d'avoir une influence effective sur les politiques à mettre en œuvre. Il faut, comme l'a joliment et clairement exprimé Ruth Levine, directrice des programmes du Center for Global Development, « mettre plus de lumière là où il n'y a qu'une petite lueur⁷ ». La première priorité est donc de relancer les programmes et projets de recherche, afin d'avoir une meilleure compréhension des tendances démographiques

7. Équilibres & Populations, 2006, *Lettre d'information*, n° 97-98, janvier-juin.

actuelles et afin de mieux en expliquer les déterminants économiques et sociaux. La France dispose à cet égard d'une remarquable institution de recherche, le Centre Population et Développement (CEPED), dont les travaux mériteraient d'être valorisés au niveau national (ce que cet ouvrage entend faire) et international, étant donné sa capacité réelle à mobiliser une expertise scientifique africaine qui, tant dans les pays francophones qu'anglophones, a beaucoup souffert de l'effondrement des moyens qui lui étaient alloués. Faute d'informations statistiques fiables (et cela concerne d'ailleurs tout autant le secteur économique que le domaine démographique), les gouvernements et les bailleurs de fonds s'inventent des mondes imaginaires de plus en plus éloignés de la réalité objective. On n'a pas forcément besoin d'aller sur Second Life pour découvrir d'autres mondes : la lecture de certains rapports des organisations internationales, y compris celles réputées les plus sérieuses comme les institutions de Bretton Woods, y suffit largement !

On ne manquera pas de rappeler que l'AFD, opérateur bilatéral, pivot de l'aide publique française au développement, est porteuse depuis 1998 de nombreux projets dans le secteur de la santé et encore plus dans celui de l'éducation, projets dont le déroulement repose nécessairement sur une connaissance très fine de l'évolution démographique des pays concernés. En matière d'éducation, l'AFD donne la priorité à la lutte contre la pauvreté et les inégalités, en favorisant l'accès de tous à une éducation de qualité. L'amélioration du taux de scolarisation des filles doit en particulier contribuer à l'amélioration des conditions de vie, à la valorisation des ressources humaines et, à terme, à une transition démographique. En ce qui concerne l'amélioration des services de santé infantile, l'AFD vise, à travers des interventions globales, à renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble, soit par des appuis sectoriels, soit par des projets. Elle apporte en outre à certains pays cibles des appuis plus ponctuels, dans les volets techniques de leur politique de vaccination. Dans le domaine de la santé maternelle, les priorités se traduisent par des projets concernant à la fois l'offre et la demande de soins de qualité, notamment par l'amélioration de l'accessibilité financière, sociale et culturelle des services de santé de la reproduction. L'impact recherché est bien triple : amélioration des droits des femmes, notamment vis-à-vis de leur sexualité, diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles, et maîtrise de la démographie.

Si l'on tient également compte de son engagement multilatéral (notamment dans le financement du Fonds mondial Sida, tuberculose et paludisme), l'effort de la France a plus globalement porté sur la lutte contre le VIH/Sida et les maladies transmissibles (le sixième des huit OMD). Cette forte mobilisation est le reflet d'un engagement ancien, au plus haut niveau politique, en particulier sur l'accès aux médicaments pour les malades des pays en développement. La France a ainsi joué un

rôle clé dans la reconnaissance par le G8 de la nécessité d'une réponse globale incluant la prévention, le dépistage, l'accès aux médicaments et aux soins, et la prise en charge communautaire. La France a été en revanche moins présente sur les OMD liés à la réduction de la mortalité infantile et maternelle. Face à ce constat, les récentes orientations stratégiques de l'aide française visent à augmenter de façon significative les interventions de la France dans ces domaines, en particulier par la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (des vaccinations notamment) et par l'amélioration de la santé reproductive, du suivi des grossesses et des conditions d'accouchement.

À partir des conclusions des travaux de recherche présentés dans cet ouvrage, il convient également de relancer l'élaboration d'un véritable programme d'action, dont les grands axes pourraient être les suivants :

- La prise en compte, dans toutes les politiques sectorielles (éducation, santé, développement rural, développement urbain, environnement, etc.), de l'enjeu démographique, afin de mieux définir les besoins des populations, d'une part, et d'agir en amont pour favoriser les prises de conscience, d'autre part. Il est en effet crucial pour ces questions de population, comme pour toutes les autres questions de développement, que les pays récipiendaires s'approprient les politiques mises en œuvre. Si un acteur local n'est pas convaincu du bien-fondé d'un programme, ce dernier a très peu de chance de réussir, d'où l'importance de la prise en compte des spécificités locales (culture, religion, genre, avancement des connaissances sur la thématique, etc.), d'où également le souci non pas forcément de promouvoir systématiquement certaines méthodes, vécues comme imposées de l'extérieur (la réplique des « *success stories* » des uns fait bien souvent le cauchemar des autres), mais de créer un débat autour de celles-ci ;

- La réaffirmation de la reconnaissance de l'accès à la santé de la procréation comme un droit pour tous les hommes et surtout pour toutes les femmes. Là encore le but n'est pas de forcer les familles africaines à avoir moins d'enfants, mais de leur donner la possibilité de choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent, dans des conditions qui ne mettent pas en danger la vie des mères. Toutes les études conduites montrent qu'une réduction du nombre des grossesses dans la vie d'une femme peut améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité infantile ;

- L'élaboration, particulièrement en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, de programmes de santé qui ne soient pas exclusivement centrés sur la problématique du VIH/Sida (sans bien sûr que celle-ci soit oubliée...), mais qui traitent aussi, grâce à une approche intégrée, les autres causes de mortalité infantile (paludisme, maladies diarrhéiques, infections respiratoires, etc.) ;

- Le choix d'une approche, plus que jamais essentielle, axée sur le renforcement des systèmes de santé et intégrant, dans un même cadre,

santé de la procréation, soins de santé maternelle et infantile, lutte contre le VIH/Sida et soins de santé en général. Les coopérations bilatérales, à travers des programmes d'assistance technique et de renforcement des capacités, ont sur ce plan un rôle fondamental et unique à jouer, complétant utilement les actions des fonds dits verticaux (comme le Fonds mondial Sida, tuberculose et paludisme).

Cet engagement de l'ensemble de la coopération française, appuyée par des instituts et des centres de recherche tels que le CEPED, l'INED ou l'IRD, doit être maintenu dans les années à venir. Les discours les plus récents des principaux responsables français témoignent à cet égard d'une vraie prise de conscience. « Le défi [démographique] est par conséquent immense et il faut que chacun en prenne la pleine mesure », soulignait avec force le secrétaire d'État à la Coopération et à la Francophonie, Jean-Marie Bockel⁸. Le directeur général de l'AFD, Jean-Michel Severino, avait quant à lui rappelé, lors de l'atelier qui constitua la genèse de cet ouvrage, que la question démographique est « un sujet crucial pour l'avenir de l'Afrique [...], profondément structurant pour toutes les politiques d'aide au développement et d'appui à l'Afrique ». Il serait également souhaitable que des actions soient entreprises au niveau européen avec les principaux bailleurs intéressés – les Allemands, les Britanniques et les Néerlandais, en particulier, qui ont bien souvent des analyses très proches des nôtres – afin de garantir des actions fortes et durables dans ces domaines. La Commission européenne, enfin, à travers son agence de coopération Europe Aid, a évidemment un rôle moteur à jouer dans ce domaine, rôle qu'elle n'a pas toujours tenu. L'enjeu est crucial. L'engagement des agences d'aide doit être total pour soutenir les efforts des pays partenaires.

Jean-Marc Châtaigner

8. Intervention lors des journées du réseau, cf. note 6.

Introduction

Benoît FERRY et Philippe HUGON

Dans le contexte actuel de mondialisation, l'Afrique subsaharienne est de plus en plus marginalisée, tant sur le plan économique que sur le plan politique, et pourtant sa population s'accroît considérablement. Elle comptera 1,4 milliard d'habitants en 2040, contre 750 millions en 2006. L'Afrique subsaharienne se trouve ainsi confrontée à de nombreux défis démographiques, liés notamment à la jeunesse de sa population, au rythme de sa croissance et à une transition démographique tardive et limitée. Entre un présent contrasté et un avenir incertain, la dynamique démographique africaine est à la croisée des chemins.

Au-delà de sa grande diversité, on peut considérer que l'Afrique subsaharienne n'a pas encore bénéficié des dividendes de la transition démographique, à peine commencée. Elle reste caractérisée par des régimes démographiques anciens qui entraînent des tendances lourdes et une certaine inertie. On note à la fois une relative stagnation économique de long terme (malgré une reprise récente et incertaine de la croissance), une instabilité politique récurrente et des risques environnementaux croissants.

Y a-t-il véritablement une exception africaine en matière démographique ou s'agit-il d'un décalage dans le temps ? Le développement tant souhaité n'est-il pas compromis par l'importance de cette inertie démographique ? Quels sont les déterminants en jeu ? Les pressions démographiques excessives conduisent-elles à des situations malthusiennes ou, au contraire, favorisent-elles des changements techniques ? Quels seront les effets des pressions démographiques dans les zones vulnérables du fait, notamment, de la désertification, de la déforestation ou de l'érosion des sols ? Les mouvements migratoires seront-ils un régulateur ? Quels sont les types de politiques et d'actions qui permettraient d'infléchir les évolutions et d'accélérer les processus ?

Cet ouvrage n'a pas la prétention de couvrir tous les problèmes qui relèvent de la démographie ou de l'étude des populations africaines ; il entend, plus modestement, donner des éclairages sur certains domaines importants concernant ces populations et fournir une contribution au parcours semé d'incertitudes et d'embûches que représente le devenir du développement africain. Il cherche également à relativiser certaines idées reçues ou préconçues d'une Afrique homogène, sous-peuplée, qui connaît une transition démographique généralisée et doit faire face à un Sida dévastateur, une explosion de la jeunesse, des hordes de réfugiés, une famine généralisée. Il vise à montrer de façon comparative et synthétique, par l'analyse poussée des données les plus récentes, la très grande disparité des situations et des évolutions, la complexité des interdépendances entre variables démographiques et autres variables, interdisant des analyses simples en termes factoriels.

Les liens entre démographie, croissance économique et développement durable sont en effet beaucoup plus complexes qu'on ne le pense généralement. Les faits démographiques sont enchâssés dans l'ensemble des faits sociaux et ne peuvent être traités par les seuls indicateurs statistiques et économiques. Les variables démographiques doivent elles-mêmes être resituées dans leur environnement social, politique, culturel, familial. On oublie trop souvent que l'Afrique n'est pas une et homogène, mais qu'elle est très contrastée, que ce soit au niveau des grandes régions, des États, des sous-régions, des groupes sociaux ou des individus.

Pour ces raisons, on ne peut se contenter d'un examen hâtif des synergies entre dynamique démographique et développement, ni simplifier à outrance des réalités complexes. Les réponses à la diversité et à la complexité africaines ne peuvent qu'être contextualisées et spécifiques.

Les variables démographiques ne se laissent pas appréhender facilement, notamment dans le contexte africain. La question de la *fiabilité des sources statistiques* est évidemment essentielle. Les recensements, l'état civil, les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et autres collectes d'information présentent certaines limites. Il existe également des « *terrae incognitae* » dans les situations de crise extrême (Liberia, Somalie). La mise en relation des variables démographiques, notamment à partir des synthèses de la Division de la population des Nations unies, avec d'autres variables (éducatives, économiques, environnementales, sociales) provenant d'autres sources (Banque mondiale, Unesco) conduit à une hétérogénéité importante des données. L'Afrique demeure un continent à statistiques défaillantes. La quantification, pertinente au niveau descriptif, est insuffisante au niveau interprétatif.

L'angle sous lequel sont observées les populations n'est pas sans conséquence. Les travaux disponibles comprennent des études transversales, qui permettent de comparer des situations en coupes instantanées,

ou des études longitudinales, pour le suivi des cohortes et l'analyse des effets intergénérationnels. La lecture longitudinale permet de croiser les indicateurs des parents, différenciés selon les genres (en termes de fécondité, de mortalité, d'éducation, de santé, etc.), avec les indicateurs des enfants. On peut ainsi différencier les groupes (sociaux, de pays, de régions, de résidence, etc.) selon cette double lecture. Ces études longitudinales sont malheureusement rares et généralement très localisées. Il est beaucoup plus facile de développer des analyses transversales qui constituent, à partir des recensements et des enquêtes ponctuelles, le gros des sources de données à différentes échelles, même si elles comportent des limites interprétatives dues aux instruments utilisés.

La question des *pas de temps* est essentielle. Les variables démographiques ont en effet un fort degré d'inertie. Elles peuvent avoir des effets sur les autres variables à court, moyen ou long terme. La plupart n'ont que des effets à long terme, voire intergénérationnels, mais leur impact s'exerce parfois également à court et moyen termes du fait de la rapidité des rythmes de certains phénomènes (l'explosion urbaine, par exemple) et de la réversibilité des processus (processus migratoires ou morphologies familiales). Les pas de temps des variables démographiques, éducatives, sanitaires, économiques et politiques ne sont pas les mêmes. Les effets des politiques démographiques sont intergénérationnels tandis que les décisions politiques se situent dans un cycle court de réélection dans les démocraties ou de mesures populistes dans les régimes autoritaires. C'est pourquoi l'on constate parfois un fossé déplorable entre le scientifiquement fondé et le politiquement correct.

La question des *échelles* est une donnée importante qu'il faut prendre aussi en considération. On peut en effet se situer au niveau des individus, des ménages, des régions, des pays ou des grandes régions transnationales. Les résultats diffèrent et se pose alors la question des agrégations ou du « *no bridge* » entre les niveaux micro et les niveaux macro. Faut-il raisonner en termes de moyennes simples ou pondérées, et pour quelles variables ? Doit-on se situer à des niveaux intermédiaires en termes de groupes sociaux (CSP, ethnies), de secteurs, de résidence ?

Une autre question de méthode concerne les regroupements régionaux choisis. Les grandes régions retenues par la Division de la population des Nations unies (quatre sous-régions africaines) ne correspondent pas aux autres regroupements des diverses institutions des Nations unies (à l'Unesco notamment) ou de l'Union africaine (UA), par exemple, en ce qui concerne l'Afrique australe et l'Afrique orientale-océan Indien.

Le développement entraîne de nombreux phénomènes sociaux qui interfèrent directement avec la dynamique démographique. Par exemple, malgré la forte croissance de l'urbanisation, la croissance naturelle l'emportant notamment sur les facteurs migratoires, la population rurale

continue de croître. En Afrique, elle a doublé entre 1960 et 2000 (taux de croissance de l'ordre de 2 %), et devrait croître à un taux voisin de 1 % par an entre 2000 et 2030. Les effets de cette croissance seront très différents selon les pays et surtout selon les régions en fonction de l'évolution des écosystèmes.

Par ailleurs, les techniques, en partie exogènes, de réduction de la morbidité et de la mortalité (vaccinations, eau potable, médicaments, etc.) se sont diffusées avant les techniques antinatales qui sont au cœur des comportements et des structures sociales modernes. Le maintien de niveaux élevés de la fécondité et la baisse de la mortalité au cours des cinquante dernières années ont conduit à la fois à une forte croissance démographique et à un rajeunissement considérable de la population. Plus de la moitié de la population africaine a moins de 15 ans. Et les deux tiers ont moins de 25 ans. Les taux de croissance démographique sont de l'ordre de 2,3 % par an avec un rajeunissement de la population. Les sociétés africaines auront à gérer, en moyenne, un doublement de leur population totale et un triplement de leur population urbaine entre 2000 et 2030.

La question des *structures par âge* est donc centrale pour analyser différents domaines, tels que la scolarisation, l'accès aux soins et aux systèmes de santé, le poids des non-actifs par rapport aux actifs. Elle doit évidemment être resituée en liaison avec les structures sociales et productives, l'âge d'activité dans le secteur informel urbain ou rural, les modes de financement des systèmes de retraite. Du fait de la lenteur de sa transition, l'Afrique, contrairement à l'Asie et à l'Amérique latine, ne bénéficiera sans doute jamais d'un « bonus démographique ».

Ces variables démographiques sont *territorialisées*. Elles diffèrent fortement selon les pays et les régions, en milieu rural ou urbain, en fonction des capacités potentielles de charge démographique. Les pressions démographiques face aux risques environnementaux seront fortes dans certaines sociétés. Certains pays d'immigration à revenu relativement supérieur et à faible densité démographique auront des capacités fortes d'absorption des populations rurales. Inversement, plusieurs pays connaîtront une raréfaction des terres arables. Une des caractéristiques des populations africaines est leur *grande mobilité*, la migration pouvant être volontaire ou subie (déplacés, réfugiés). Les facteurs de cette mobilité sont eux-mêmes multiples : ils sont économiques, liés à des ruptures soudaines ou lentes, à des conflits, à la désertification, etc.

La complexité et le doute scientifique ne justifient pas l'inaction, bien au contraire. Les effets d'inertie ou d'hystérésis impliquent que l'on agisse aujourd'hui pour que les résultats se fassent sentir dans quinze ou vingt ans. Il importe de se fixer des objectifs élevés tout en sachant qu'il est utopique de vouloir atteindre la cible, compte tenu de la situation actuelle

et de sa dynamique. Il est désormais évident que, pour des raisons démographiques notamment, la plupart des pays africains n'atteindront pas les Objectifs du Millénaire pour le développement en 2015. Mais ils y parviendront éventuellement à plus long terme s'ils entament dès à présent une baisse rapide de leur fécondité.

De plus, on ne peut, en deçà de certains seuils, espérer agir efficacement. Réduire la croissance démographique oblige à considérer un ensemble de facteurs intriqués. Il faut dès lors agir sur plusieurs leviers en même temps afin d'obtenir des effets de seuil qui entraînent une inflexion significative des situations abordées. Il s'agit de ne pas se contenter de mesures verticales, telles que l'éducation, la distribution de préservatifs (avec un double effet sur la natalité et le risque de VIH/Sida), les campagnes de vaccination, mais de combiner différents leviers efficaces et adaptés à chaque contexte spécifique.

Cet ouvrage est introduit par une analyse de synthèse de Jean-Pierre Guengant, qui fournit une vue d'ensemble de la dynamique démographique africaine passée, actuelle et future, en soulignant les convergences et les divergences, et en montrant les enjeux et les priorités pour l'action. En effet, après les deux chocs démographiques majeurs que sont la traite transatlantique et la colonisation, l'Afrique subsaharienne a connu au XX^e siècle une récupération démographique exceptionnelle, sa population ayant été multipliée par sept entre 1900 et 2000. Cependant, contrairement aux autres régions du monde en développement, les évolutions démographiques récentes y sont mal maîtrisées. L'urbanisation du continent se poursuit et celui-ci compte aujourd'hui 38 villes millionnaires dont la gestion apparaît problématique. Les migrations internationales et intrarégionales, autrefois dominantes, sont très perturbées par les conflits et les crises qui ont affecté de nombreux pays, et, parallèlement, les possibilités d'émigration vers le Nord sont de plus en plus contrôlées. Certes le nombre de nouveaux cas annuels d'infection par le VIH/Sida semble avoir atteint son apogée et le risque d'implosion démographique est écarté, mais la vigilance reste toutefois de mise. La fécondité se maintient à des niveaux élevés et quatre Subsahariens sur cinq vivent dans des pays où moins de 20 % des femmes utilisent une méthode moderne et efficace de contraception. Au total, contrairement à une idée largement répandue, la transition démographique, même si elle est effectivement engagée, ne sera pas achevée en 2050 dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont la population pourrait être alors de 1,8 milliard, soit près de deux fois et demi plus qu'aujourd'hui. Les défis démographiques associés à cette croissance ininterrompue depuis 1900 apparaissent considérables.

Les principaux changements qui ont caractérisé la santé en Afrique subsaharienne depuis 1950 sont survenus à des rythmes très variables selon les pays et les milieux d'habitat, ce qui a contribué à la diversifica-

tion croissante des régimes démographiques africains et, souvent, au renforcement des inégalités sanitaires au sein des pays. Le chapitre de Dominique Tabutin, Bruno Schoumaker et Bruno Masquelier propose un aperçu de ces évolutions, en détaillant plus précisément les enjeux sanitaires placés au centre des Objectifs du Millénaire. Après avoir évoqué les conséquences démographiques du VIH/Sida et l'importance de la mortalité maternelle, ce chapitre insiste sur la diversité des progrès enregistrés dans les différents pays d'Afrique subsaharienne en matière de mortalité des enfants. La décennie 1990, en particulier, aura été marquée par un ralentissement quasi généralisé des progrès, et même par une reprise de la mortalité infanto-juvénile, sans relation apparente avec les niveaux atteints auparavant. Pour éclairer certains aspects de ces fortes mortalités, trois types de recours aux soins sont présentés : la consultation prénatale, l'assistance à l'accouchement et la vaccination. L'accent est mis ensuite sur les profondes inégalités sociales et de genre qui caractérisent la santé des enfants, notamment entre les mondes paysans et urbains. Ce chapitre met en évidence la diversification des régimes de mortalité africains durant les dernières décennies. Il souligne également la réversibilité, parfois brutale, des progrès sanitaires et rappelle enfin combien la transition sanitaire africaine est entourée d'incertitudes.

Philippe Hugon explore les relations qui lient l'économie et la démographie en examinant deux domaines particulièrement critiques pour les politiques de développement actuelles et pour l'avenir même de l'Afrique. Il existe en effet un consensus de la communauté internationale sur le rôle déterminant de l'éducation et de la santé dans le processus de développement et de maîtrise des variables démographiques. Or il y a peu de domaines où les enjeux soient aussi conflictuels que dans l'éducation et la santé. Les variables démographiques jouent, à côté des variables sociales, économiques, politiques et culturelles, un rôle central pour expliquer les dynamiques des systèmes éducatifs et des systèmes de santé. Ceux-ci, inversement, rétroagissent sur les variables démographiques. Ces interdépendances peuvent conduire selon les cas à des cercles vertueux ou à des « trappes à pauvreté ou à sous-développement ». Ce chapitre présente ainsi les effets réciproques des variables démographiques et des systèmes scolaires et de santé africains, avant d'analyser les interdépendances qui se nouent entre démographie, éducation et santé, puis les relations plus larges entre démographie et développement durable. Il existe évidemment des interdépendances liant éducation, santé et variables démographiques, mais l'évolution de chacune de ces variables renvoie plus fondamentalement à la pauvreté. Si l'on vise l'accroissement des capacités (*capabilities*) et des droits de la personne, l'accès à la scolarisation, l'accès à la santé et l'accès à la maîtrise des variables démographiques doivent être des objectifs à part entière.

Dans un chapitre qui étudie la demande d'enfants en Afrique subsaharienne afin de mieux comprendre les fondements de sa forte fécondité, Patrice Vimard et Raïmi Fassassi abordent un sujet difficile et rarement envisagé : la question du nombre élevé d'enfants désirés par les populations africaines. Ils présentent tout d'abord le rôle dévolu à la notion de demande d'enfants dans les différentes formulations de la théorie de la transition démographique, avant de montrer la spécificité de l'Afrique au sud du Sahara à cet égard. Après avoir mis en évidence les apports et les limites des variables utilisées pour appréhender la notion de demande d'enfants, les auteurs analysent les différences observées selon les pays de cette région ainsi que l'évolution dans le temps des indicateurs suivants : désir immédiat d'enfants, nombre idéal d'enfants souhaités, indice synthétique de fécondité désirée. Cette variation se constate tant chez les hommes que chez les femmes. La mise en relation de la demande d'enfants et du niveau de fécondité montre que les femmes ont, en général, davantage d'enfants qu'elles n'en souhaitent, alors que le contraire est observé chez les hommes. L'approche rétrospective, menée sur la Côte d'Ivoire, le Kenya et le Niger, permet de constater que la transition de la fécondité débute par une baisse de la demande d'enfants, avant de se poursuivre par une diminution de la fécondité non désirée. Le modèle logistique multinomial, appliqué aux mêmes pays, met en évidence l'âge, l'instruction, la disponibilité des sources de planification familiale et le niveau de vie comme facteurs communs de la demande d'enfants. Au terme de cette analyse, Patrice Vimard et Raïmi Fassassi proposent, sur la base d'un cadre global d'analyse de l'évolution de la fécondité, quelques priorités de recherche pour mieux appréhender les évolutions de la demande d'enfants et leur rôle dans celle de la fécondité.

Principal moteur de la croissance démographique, la fécondité est mise en rapport avec la pauvreté dans un chapitre proposé par Dominique Tabutin, qui examine les relations entre la pauvreté, inscrite dans les agendas institutionnels et politiques, et la fécondité, accusée par sa forte intensité d'être la principale cause du retard du développement africain, reflet d'un débat ancien entre malthusiens et antimalthusiens. Après un rappel du caractère multidimensionnel du concept de pauvreté, Dominique Tabutin présente les tendances variables de la pauvreté dans les diverses régions du monde, puis donne un aperçu de l'évolution de la littérature scientifique sur les relations pauvreté-fécondité depuis les années 1970. Il s'attache ensuite à l'analyse de l'effet du niveau de vie sur la fécondité et ses variables intermédiaires (contraception, âge au mariage) en Afrique subsaharienne, région globalement la plus pauvre du monde et la moins engagée dans le processus de transition démographique. Le niveau de vie y est, dans l'ensemble, un déterminant majeur du nombre d'enfants, même si son rôle varie d'un pays à un autre ou

d'une période à une autre (des années 1980 aux années 1990). Ces inégalités de fécondité entre groupes socio-économiques sont liées aux différences en matière d'âge au mariage (plus précoce chez les pauvres), de mortalité des enfants (nettement plus élevée parmi ceux-ci) et de contraception (très faible), mais aussi à une demande d'enfants toujours très forte parmi les populations les plus déshéritées.

Les jeunes, par leur entrée dans la vie sexuelle et reproductive, déterminent l'avenir de l'Afrique. Gervais Beninguisse examine leurs comportements sexuels et reproductifs, notamment dans la période prémaritale, car ils sont au centre des politiques et programmes de population et de santé des États africains. Il commence par un état des lieux pour dégager ensuite quelques perspectives de recherche et met en évidence deux résultats principaux. Le premier montre que l'étude de la sexualité et de la procréation prémaritales des jeunes se heurte à un problème d'absence de données adéquates. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS), qui constituent la principale source de données disponibles, abordent le sujet de manière très imparfaite. En effet, l'approche transversale qui les caractérise ne permet pas d'étudier ces comportements de manière représentative dans la période prémaritale. Les indicateurs qui en découlent ne rendent pas compte de leurs fondements sociaux dans toute leur complexité et leur profondeur. Les enquêtes de type biographique seraient à privilégier parce qu'elles permettent de lier l'évolution de ces phénomènes aux mutations sociales qui les accompagnent. Le deuxième résultat montre une évolution sensible du contexte social de la sexualité et de la procréation prémaritales. À côté des modèles traditionnels, dans lesquels l'encadrement était essentiellement assuré par la culture et les institutions sociales, sont apparus de nouveaux modèles dits modernes. Ces derniers se caractérisent par l'émergence des écoles, des pairs et des médias dans un contexte de pauvreté grandissante, qui induisent un relâchement des mécanismes traditionnels de contrôle, l'allongement de la période prémaritale et le recours aux rapports sexuels rétribués et aux avortements non sécurisés. Deux perspectives de recherche ont été identifiées pour aider à mieux répondre aux besoins spécifiques des jeunes : l'évaluation de l'impact comparatif de la double protection contraceptive et anti-infectieuse du préservatif, d'une part, et la problématique du recours des jeunes aux avortements non sécurisés, d'autre part.

S'appuyant sur l'ensemble des contributions de l'ouvrage, la synthèse de Patrice Vimard vise tout d'abord à présenter les principaux liens entre les questions de population, en incluant la santé de la reproduction, et la croissance économique, en considérant les relations qui peuvent exister entre les dynamiques démographiques et les sphères qui participent du développement social : économie, santé, éducation, etc. Les grandes caractéristiques de l'évolution démo-économique de l'Afrique subsaha-

rien sont soulignées dans cette synthèse, afin de mieux en situer les enjeux politiques : entrée tardive dans le mouvement de transition démographique ; faible développement économique et social ; diversification des régimes démographiques, des systèmes politiques et des économies ; accroissement des inégalités sociales et spatiales à l'intérieur des pays ; réversibilité de certains progrès, dramatique en matière de mortalité et de santé adulte ou infanto-juvénile, avec le Sida, les conflits et la pauvreté. Cette synthèse met également en évidence les priorités d'action en matière d'éducation, de lutte contre la mortalité, d'accès équitable aux services de santé et de santé de la reproduction, y compris pour les jeunes, qui devraient permettre d'impulser de nouveaux changements porteurs de progrès et d'amélioration des conditions de vie. Elle présente enfin les priorités de recherche qui se dégagent des différentes contributions afin d'éclairer la définition et la mise en œuvre des politiques et des stratégies d'action pour infléchir de manière significative le développement de l'Afrique.

Replacer les questions démographiques au cœur des analyses sur le développement redevient un centre d'intérêt majeur pour les gouvernements, qui avaient quelque peu délaissé ces questions depuis la Conférence internationale sur la population et le développement organisée au Caire en 1994. Les difficultés liées à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, dans lesquels les problèmes de population tiennent une place cruciale dans le cadre de la réduction de la pauvreté, suscitent ce regain d'intérêt. Cet ouvrage s'efforce d'éclairer ces débats et souligne que seules des actions décisives à court terme sur les leviers les plus opérationnels permettront d'envisager des effets significatifs sur le long terme, notamment dans les champs de la planification familiale, des migrations, de l'éducation et de la santé. Il analyse ces phénomènes de façon comparative et synthétique en s'appuyant sur les données et les résultats de recherche les plus récents, en indiquant les pistes à explorer et les actions prioritaires. Il procède d'une stratégie fondée sur les preuves (*evidence based*). Il témoigne enfin de la volonté affichée de combler le fossé qui existe encore trop souvent entre les scientifiques, les politiques et les opérationnels sur le terrain.

Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif émanant d'un groupe de réflexion constitué par le Centre Population et Développement (CEPED) à la demande de l'Agence française de développement (AFD), sur le thème : « Démographie, santé de la procréation et croissance économique durable en Afrique ». Il avait pour mission de « réaliser un état de l'art en cernant notamment les priorités actuelles de la recherche et d'identifier les priorités d'actions ». Le groupe de réflexion était formé de Gervais Beninguisse, enseignant-chercheur à l'IFORD, Yaoundé ; Raïmi Fassassi,

chercheur à l'ENSEA d'Abidjan ; Benoît Ferry, directeur de recherche à l'IRD, membre du LPED, conseiller scientifique du CEPED et coordinateur de ce groupe de réflexion ; Jean-Pierre Guengant, directeur de recherche à l'IRD et représentant de l'IRD au Burkina Faso ; Philippe Hugon, professeur émérite de sciences économiques à Paris X Nanterre ; Dominique Tabutin, président du département des sciences de la population et du développement de l'université de Louvain-la-Neuve ; Émilien Kokou Vignikin, directeur de l'UERD au Togo ; et Patrice Vimard, directeur de recherche à l'IRD, membre du LPED.

Ce groupe de réflexion a coordonné, le 1^{er} mars 2006 à Paris, la journée des chercheurs, avant de participer activement à l'atelier « Démographie, santé de la procréation et croissance économique durable en Afrique », organisé à Paris les 2-3 mars 2006 par l'Agence française de développement et le UK Department For International Development, avec le soutien de la Fondation Hewlett et en partenariat avec Équilibres & Populations.

Il a été convenu par la suite de la rédaction de cet ouvrage afin de faire avancer la programmation politique, de promouvoir une recherche qui associe véritablement chercheurs et acteurs opérationnels dans l'élaboration des politiques et des stratégies, et afin d'éclairer les décideurs et les acteurs pour leurs actions de terrain.

Cet ouvrage n'aurait pas vu le jour sans la détermination de Jean-Marc Châtaigner et d'Emmanuelle Lachaussée de l'AFD, d'André Quesnel et de William Molmy du CEPED, et sans le travail considérable de tous les membres du groupe de réflexion. Il doit également beaucoup à Céline Trierweiler et à Geneviève Knibiehler, qui en ont assuré la relecture et la correction. Qu'ils soient tous ici remerciés, de même que les institutions qui ont apporté leur concours au fruit de ce groupe de réflexion, notamment l'AFD, Équilibres & Populations, l'IRD, le CEPED et les Éditions Karthala.

1

La démographie africaine entre convergences et divergences

Jean-Pierre GUENGANT

L'Afrique subsaharienne reste au cœur de trois controverses majeures à contenu démographique. La première porte sur l'ampleur des effets négatifs de la traite esclavagiste et de la colonisation. La seconde a trait au sous-peuplement du continent africain. La troisième concerne le handicap que constituerait pour le développement des pays d'Afrique subsaharienne la poursuite de leur forte croissance démographique.

Ces controverses s'inscrivent largement à contre-courant de l'histoire de la population mondiale. En effet, du XVI^e au XIX^e siècle, les fortes croissances démographiques observées dans le monde s'opposent à la stagnation de la population de l'Afrique subsaharienne. On estime qu'entre 1500 et 1900, la population mondiale a été multipliée par trois et demi, et celles de la Chine et de l'Europe par cinq. Dans le même temps, la population de l'Afrique subsaharienne a quasiment stagné, voire régressé selon certains auteurs. Ensuite, le XX^e siècle a été celui de l'explosion démographique du Tiers-Monde. Mais la seconde moitié du XX^e siècle a été aussi celle de la diffusion généralisée de l'usage de la contraception et de la maîtrise de la fécondité, ainsi que celle de l'expansion de l'épidémie de VIH/Sida. L'Afrique subsaharienne fait encore ici figure d'exception. Ainsi, alors qu'en Asie et en Amérique latine 60 % des femmes utilisent aujourd'hui une méthode moderne de contraception, le recours à la contraception moderne reste marginal en Afrique subsaharienne puisque moins de 10 % des femmes l'utilisent en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, et 20 % en Afrique de l'Est. En conséquence de quoi, les femmes africaines ont encore cinq enfants en moyenne, et l'Afrique subsaharienne connaît toujours une croissance démographique annuelle de 2,5 % par an, chiffres deux fois plus élevés

que ceux observés pour l'ensemble de l'Asie et de l'Amérique latine. Par ailleurs, l'Afrique subsaharienne paie le plus lourd tribut au VIH/Sida puisqu'elle concentre les deux tiers des personnes infectées dans le monde et enregistre plus de 70 % des décès imputables à cette maladie.

La nécessité de récupérer les pertes démographiques des siècles précédents, les faibles densités globales de population, la relation supposée positive entre une population nombreuse et le développement, ainsi que la crainte de voir la population décroître à cause du VIH/Sida sont des arguments généralement avancés, en Afrique subsaharienne, contre les programmes de planification familiale et de maîtrise de la fécondité. Ces programmes sont d'ailleurs souvent jugés contraires aux traditions africaines et donc inadaptés. La principale conséquence de l'évolution démographique « décalée » de l'Afrique subsaharienne a été la poursuite d'une croissance exceptionnellement forte et longue de sa population, ainsi que son rajeunissement, qui s'oppose au vieillissement des populations des autres régions du monde. Ainsi, en 2005, deux Subsahariens sur trois avaient moins de 25 ans, alors que ce groupe représentait, en Chine, 40 % de la population et 30 % en Europe. À l'autre extrémité des pyramides des âges, 5 % seulement des Subsahariens avaient plus de 60 ans, contre environ 10 % des Chinois et 20 % des Européens. Pour le XXI^e siècle, ces différences annoncent la poursuite d'une forte croissance démographique en Afrique subsaharienne, à l'inverse de la stagnation ou de la décroissance de la population attendue dans les nombreux pays développés et en développement, où la fécondité est inférieure à 2 enfants par femme.

Interpréter ces évolutions et prévoir le futur ne sont pas tâches faciles. Faut-il privilégier l'hypothèse d'un simple décalage des évolutions démographiques entre l'Afrique subsaharienne et le reste du monde, c'est-à-dire retenir l'hypothèse d'une convergence à terme de tous les régimes démographiques ? Faut-il au contraire retenir l'hypothèse d'une divergence, avec des scénarios incluant par exemple le maintien de la fécondité à des niveaux élevés, des augmentations de mortalité, des déplacements massifs de population ? Quoi qu'il en soit, les évolutions observées au cours des trente dernières années doivent nous inciter à la prudence. En effet, l'irréversibilité supposée de la baisse des niveaux de mortalité, au cours du processus de transition démographique, a été contredite par la stagnation et l'augmentation des niveaux de mortalité dans de nombreux pays, non seulement en Afrique, mais aussi dans l'ex-URSS, du fait de l'impact de l'épidémie du Sida et/ou de la détérioration des systèmes de santé. Des baisses de la fécondité, pourtant bien amorcées, marquent une pause dans plusieurs pays en développement (autour de 4 à 5 enfants par femme) alors que l'on supposait une convergence sans palier autour de 2 enfants par femme. Par ailleurs, la fécondité semble se maintenir durablement au-dessous de 2 enfants par femme dans de nombreux pays déve-

loppés et en développement, ce qui n'avait pas non plus été anticipé. Pourtant, l'hypothèse généralement retenue est celle de la convergence à terme des régimes démographiques, basée en particulier sur les projections démographiques des Nations unies, elles-mêmes fondées sur cette même hypothèse. On oublie que ces projections ne prétendent pas être des prédictions, et il n'est pas écrit qu'en 2050 les deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne auront une fécondité égale ou inférieure à 2,5 enfants par femme, comme l'anticipe la variante moyenne de la révision 2006 des projections des Nations unies.

C'est à ces questions complexes – poids du passé, spécificités des évolutions démographiques récentes en Afrique subsaharienne, limites des projections, défis associés à la poursuite de la croissance démographique – que ce chapitre est consacré. L'examen de ces questions devrait permettre, au final, de reposer le problème de l'importance à accorder ou non aux problèmes démographiques dans les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté, et des choix stratégiques à opérer en matière de santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. On s'est efforcé, pour ce faire, d'utiliser les dernières données disponibles mi-2007, en particulier les résultats de la révision 2006 des projections des Nations unies, le rapport 2006 sur l'épidémie de Sida dans le monde et les résultats des dernières enquêtes démographiques et de santé publiés en 2006 et en 2007. Les données plus récentes utilisées dans ce chapitre peuvent par conséquent être différentes de celles utilisées dans les autres chapitres sur un même sujet.

Un héritage historique particulier

L'évolution de la population d'Afrique subsaharienne sur le temps long est le reflet à la fois de facteurs spécifiques à la région, mais aussi de la place de l'Afrique dans le monde à des moments historiques donnés.

Traite et colonisation : deux chocs démographiques majeurs

Depuis l'avènement de « l'économie monde », dominée par l'Occident au tournant du XVI^e siècle et marquée par l'établissement de comptoirs européens et de colonies en Amérique, en Afrique et en Asie, l'Afrique subsaharienne a connu au moins deux chocs démographiques majeurs. Le premier est le développement de la traite transatlantique qui a duré du milieu du XV^e à la fin du XIX^e siècle. Selon les sources le plus

souvent citées, la traite aurait concerné entre 12 et 15 millions de personnes. Certains auteurs parlent cependant de 50 millions, voire plus. Joseph Ki-Zerbo, après une revue des chiffres avancés par divers auteurs, indique dans son *Histoire de l'Afrique noire* : « on peut donc considérer qu'environ 100 millions d'hommes et de femmes ont été arrachés à l'Afrique depuis le XV^e siècle, 50 millions étant un minimum » (Ki-Zerbo, 1972 : 218). Cette migration forcée, massive, est à l'origine des diasporas noires d'Amérique du Nord, d'Amérique latine et des Caraïbes, que l'on peut estimer aujourd'hui en gros à 150 millions de personnes, chiffre considérable par rapport à la population actuelle de l'Afrique subsaharienne. La traite transsaharienne et celle de l'océan Indien ont également concerné plusieurs millions de personnes. Les chiffres cités à ce sujet sont de 9 millions pour la traite transsaharienne et de 5 millions pour celle de l'océan Indien. Les périodes concernées vont du VII^e au XX^e siècle pour la traite transsaharienne et du IX^e au début du XX^e siècle pour la traite de l'océan Indien. Les effets de ces traites sur la dynamique des populations d'Afrique subsaharienne sont donc plus étalés dans le temps que ne l'est l'impact de la traite transatlantique.

Le second choc est celui consécutif à l'occupation coloniale, qui se généralise à la fin du XIX^e siècle et s'accompagne de travail forcé, de déplacements de populations et de l'importation de maladies inconnues jusqu'alors en Afrique. Il est ainsi admis que la période qui va en gros de 1880 à 1920 est une période de ralentissement démographique, voire de régression brutale dans certaines régions. C'est le cas notamment en Afrique centrale où la régression démographique est imputable aux nombreux décès consécutifs à la mauvaise santé des populations et aux diverses maladies, famines et autres pénuries alimentaires qui les ont affectées.

Cette histoire démographique particulière a conduit à des estimations contradictoires sur l'évolution de la population d'Afrique subsaharienne. Elle est aussi à l'origine des jugements sur le sous-peuplement du continent ainsi que des fortes réticences qui se manifestent en Afrique dans les années 1970 et 1980 à l'égard des programmes et politiques de population, vus d'abord comme des répliques des programmes de limitation des naissances adoptés et mis en œuvre en Asie dans les années 1950 et 1960 avec l'appui d'agences occidentales.

Stagnation et déclin des populations d'Afrique subsaharienne

Concernant le passé, Jean-Noël Biraben indique qu'à partir de 1500 on dispose pour presque tous les pays du monde, sinon de recensements, du moins de descriptions qui permettent de construire des estimations

documentées (Biraben, 2003). Il a ainsi estimé la population mondiale en 1500 à près d'un demi-milliard d'habitants. Nous avons repris dans le tableau 1 ses estimations par grandes régions du monde en 1500 et en 1900, et les avons complétées par les dernières estimations des Nations unies pour 1950, 2000 et 2050 (United Nations, 2007).

Tableau 1. Évolution de la population mondiale par grandes régions à différentes dates

Dates/Régions	Population en millions					Ratio 1900 /1500	Ratio 2050 /1950	1500 (%)	1950 (%)	2050 (%)
	1500	1900	1950	2000	2050					
Chine (avec la Corée)	84	415	586	1 347	1 485	4,9	2,5	18	23	16
Inde, Pakistan, Bangladesh	95	290	453	1 330	2 205	3,1	4,9	21	18	24
Reste de l'Asie (sauf Japon)	56	153	289	901	1 474	2,7	5,1	12	11	16
Total Asie (sans Japon)	235	858	1 327	3 578	5 163	3,7	3,9	51	52	56
Afrique du Nord	8	23	44	141	237	2,9	5,4	2	2	3
Reste de l'Afrique – Afrique subsaharienne	78	95	180	680	1 761	1,2	9,8	17	7	19
Total Afrique	86	118	224	821	1 998	1,4	8,9	19	9	22
Amérique centrale et Amérique du Sud	39	75	168	523	769	1,9	4,6	9	7	8
Europe (avec la Russie)	84	422	548	729	664	5,0	1,2	18	22	7
Amérique du Nord	3	90	172	316	445	30,0	2,6	1	7	5
Japon	8	44	84	127	103	5,5	1,2	2	3	1
Océanie	3	6	13	31	49	2,0	3,8	1	1	1
Total mondial	458	1 613	2 535	6 124	9 191	3,5	3,6	100	100	100

Source : Tableau adapté de :

- années 1500 et 1900 : Biraben (2003) ;
- années 1950, 2000, 2050 : United Nations (2007).

Notes : Les grandes régions retenues ont été définies de la même manière selon les deux sources, sauf pour « Europe avec Russie » où, du fait de l'éclatement de l'URSS, les données des années 1950, 2000 et 2050 se réfèrent aux frontières actuelles de la Fédération de Russie. En 2000, la population des Républiques asiatiques de l'ex-URSS était de 71 millions d'habitants. En ajoutant ce chiffre à la population de l'Europe, selon sa définition actuelle, on arriverait en 2000 à 800 millions (au lieu des 729 millions indiqués dans le tableau), contre 422 millions en 1900.

Ces données suggèrent que les conséquences directes et indirectes des traites auraient été une quasi-stagnation de la population de l'Afrique subsaharienne, puisque celle-ci serait passée de près de 80 millions en 1500 à 95 millions en 1900. Cette augmentation est d'autant plus modeste (+22 %) que dans le même temps la population mondiale a été multipliée par trois et demi. Conséquence de cette évolution, la part de la population d'Afrique subsaharienne dans la population mondiale serait passée de 17 % en 1500 à 7 % en 1900 ! D'autres estimations font état d'une diminution massive de la population d'Afrique subsaharienne. Ainsi, Louise-Marie Diop-Maes avance le chiffre de 600 à 800 millions d'habitants dans cette région pour le début du XVI^e siècle, contestant l'estimation qui a été faite d'une population mondiale à un demi-milliard d'habitants en 1500 (Diop-Maes, 1996). Elle arrive à cette estimation après avoir comparé les densités du continent avec celles de l'Europe et de l'Asie méridionale au XVII^e siècle, examiné les récits des voyageurs à diverses époques sur la population de villes telles que Gao, Tombouctou, Kano et pris en considération les différents facteurs qui contribuent en Afrique subsaharienne à une fécondité élevée (mariages précoces, extrême rareté du célibat des femmes, remariages systématiques, désir généralisé d'avoir beaucoup d'enfants noté par les premiers explorateurs, etc.). Louise-Marie Diop-Maes estime ensuite que la population de l'Afrique subsaharienne aurait fortement décliné pour s'établir à 200 millions au milieu du XIX^e siècle (soit trois à quatre fois moins que son estimation pour le début du XVI^e siècle), puis à 130 millions vers 1930 et 145 millions vers 1948-1949 (contre 180 millions en 1950 selon l'estimation des Nations unies).

Les divergences entre ces estimations sont au moins révélatrices de « l'importance de la ponction humaine subie par l'Afrique », pour reprendre l'appréciation de Joseph Ki-Zerbo (1972). Même si l'on retient pour la traite transatlantique l'estimation de 12 à 15 millions de personnes, celle-ci représente toujours une ponction majeure par rapport à l'estimation de Jean-Nöel Biraben de 80 à 90 millions pour les XV^e et XIX^e siècles, et ce d'autant plus que la traite a plutôt concerné des jeunes hommes adultes.

La question de la récupération démographique et de l'adaptation pendant plusieurs siècles à cette émigration forcée reste posée. On a remarqué à ce sujet que le Nigeria, pays pourtant massivement touché par la traite, reste le pays le plus peuplé d'Afrique et que, dans les pays voisins du golfe du Bénin, les zones côtières également très touchées ont de fortes densités de population. Il est vrai que divers pays d'Afrique centrale ont toujours des densités démographiques faibles et qu'ils ont été et restent considérés comme relativement sous-peuplés. Cette situation est le résultat de plusieurs facteurs. Tout d'abord, la traite négrière en

Afrique centrale a été plus tardive que dans les pays du golfe du Bénin et son impact démographique y est donc plus récent. Ensuite, la brutalité de la pénétration coloniale à la fin du XIX^e siècle en Afrique centrale, avec notamment les réquisitions et les déplacements forcés de nombreuses populations pour le « portage » et le travail dans les plantations, s'est traduite par une surmortalité, conduisant à de fortes diminutions de population (Diop-Maes, 1996). Enfin, la sous-fécondité relative observée en Afrique centrale, attribuée à une forte prévalence des maladies vénériennes, a certainement constitué un obstacle supplémentaire à la récupération démographique de cette sous-région.

Une récupération démographique exceptionnelle

Ceci dit, on s'accorde à reconnaître que l'entre-deux-guerres marque l'avènement, partout en Afrique, d'une période de croissance démographique, du fait de l'amorce de la baisse de la mortalité et du maintien d'une fécondité élevée (Nations unies, 1966). Selon les reconstitutions du passé faites par les Nations unies, cette croissance se serait accélérée à partir des années 1950 et aurait atteint son maximum dans les années 1980 (tableau 2) (United Nations, 2007).

Tableau 2. Évolutions des taux annuels moyens de croissance des diverses sous-régions d'Afrique de 1920 à 2000 (en %)

Sous-régions	Périodes					
	1920-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000
Afrique de l'Ouest	1,6	2,3	2,5	2,8	<u>3,0</u>	2,9
Afrique centrale	0,9	2,1	2,5	2,9	<u>3,0</u>	2,9
Afrique de l'Est	1,6	2,4	2,8	3,0	<u>3,1</u>	2,7
Afrique australe	2,3	2,4	<u>2,6</u>	<u>2,6</u>	2,4	2,2
Afrique subsaharienne	1,5	2,3	2,6	2,9	<u>3,0</u>	2,7
Afrique du Nord	1,4	2,4	2,5	<u>2,6</u>	<u>2,6</u>	1,9
Ensemble de l'Afrique	1,5	2,3	2,6	2,8	<u>2,9</u>	2,6

Source : Tableau adapté de :

- période 1920-1950 : Nations unies (1966).
- périodes 1950-1960 à 1990-2000 : United Nations (2007).

Note : Les taux annuels moyens de croissance pour la période 1920-1950, puis par période décennale de 1950-1960 à 1990-2000, ont été calculés à partir des populations estimées en 1920, puis en 1950, 1960, etc., jusqu'en 2000.

En gras, les taux égaux ou supérieurs à 2,5 % par an ; les chiffres soulignés correspondent aux maxima.

Ainsi, au cours de la période 1920-1950, la croissance démographique annuelle moyenne aurait été proche de 1,0 % en Afrique centrale, de 1,6 % en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est, et aurait déjà été supérieure à 2 % par an en Afrique australe. Dans les années 1950, la poursuite de la baisse de la mortalité conduit partout à une croissance annuelle moyenne supérieure à 2 % par an. Un maximum de 2,6 % par an est atteint dès les années 1960 en Afrique australe et dans les années 1970 en Afrique du Nord. Mais dans les trois autres sous-régions, les maxima, qui sont de 3 % par an, sont atteints dans les années 1980. Avec des taux aussi élevés, sans précédent historique, on assiste donc au XX^e siècle à une récupération démographique exceptionnelle. La population de l'Afrique subsaharienne serait ainsi passée d'un peu moins de 100 millions en 1900 à près de 700 millions en 2000, soit une multiplication par 7 (tableau 1). Dans le même temps, la population mondiale n'a été, si l'on peut dire, que multipliée par 4 et celle de l'Asie par 5 ; seuls les pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud ont connu, comme l'Afrique subsaharienne, une multiplication de leur population par 7, en partie à cause d'une immigration importante. Pour le futur, il faut souligner que les projections de population des Nations unies, examinées plus bas, prévoient la poursuite de la croissance démographique, les taux de mortalité restant inférieurs aux taux de natalité projetés. Selon l'hypothèse moyenne de ces projections, la population de l'Afrique subsaharienne pourrait ainsi être proche de 1,8 milliard en 2050, soit 10 fois plus qu'en 1950. En comparaison, toujours entre 1950 et 2050, la population de la Chine pourrait n'être multipliée que par deux fois et demi, les populations des autres régions d'Asie, celles d'Amérique latine et d'Afrique du Nord par cinq (tableau 1). Comme cela a été souligné, l'Afrique subsaharienne, qui avait en 1500 une population voisine de celle de la Chine, pourrait donc avoir une population supérieure à celle-ci en 2050 et « retrouver » alors, avec un cinquième de la population mondiale, son importance démographique d'antan.

« L'Afrique sous-peuplée » et les réticences vis-à-vis de la planification familiale

Cette histoire particulière de la population d'Afrique subsaharienne alimente toujours diverses controverses sur l'importance des pertes subies et la nécessité d'une récupération. Elle est également à l'origine des jugements sur le sous-peuplement du continent et, notamment dans les années 1970 et 1980, de prises de position radicales contre l'adoption de programmes de planification familiale et de politiques de population en Afrique. L'article de Samir Amin, « l'Afrique sous-peuplée », publié en

1972 alors que des programmes de contrôle des naissances soutenus par diverses agences occidentales et internationales étaient appliqués en Asie et, dans une moindre mesure, en Amérique latine, est emblématique à cet égard (Amin, 1972). Dans son article, Samir Amin souligne que, d'un point de vue économique, on peut sérieusement considérer certaines grandes régions d'Afrique comme sous-peuplées ; selon lui, l'insistance que l'Occident met à « vendre » la limitation des naissances cache mal le fait que la limitation des naissances est un élément de la stratégie de domination néocoloniale des pays du Nord. Cette position trouve un écho non seulement en Afrique, mais aussi parmi les délégations officielles africaines qui participent à la première conférence mondiale sur la population et le développement à Bucarest en 1974. Lors de cette conférence, les théories et les programmes « néomalthusiens » sont vivement critiqués par ceux que l'on appelle alors les « développementalistes », pour qui la baisse de la fécondité sera une conséquence du développement (position popularisée par le slogan « la meilleure pilule est le développement »). Lors des conférences suivantes de Mexico en 1984, mais surtout du Caire en 1994, les préoccupations démographiques et la planification familiale sont quelque peu mises de côté au profit d'une approche plus globale fondée sur la santé de la reproduction et les droits reproductifs individuels. Mais c'est au Caire, en 1994, que le libre choix, non seulement en matière de procréation mais aussi de sexualité, est mis en avant et largement accepté, en dépit de l'opposition de certains groupes religieux et traditionalistes.

Par rapport aux valeurs qualifiées de « traditionnelles », dominantes dans nombre de sociétés, l'exercice des droits reproductifs de chacun suppose cependant l'acceptation au sein de la population d'un certain nombre d'idées nouvelles telles que la possibilité de choisir le moment de ses grossesses et la taille de sa famille, la reconnaissance du principe d'égalité/équité entre hommes et femmes, le refus des mariages précoces, la condamnation des mutilations génitales, etc. C'est ainsi que les approches dites « diffusionnistes » (Casterline, 2001) attribuent la faiblesse de la pratique contraceptive et la forte fécondité dans certains pays ou groupes de populations, notamment les plus pauvres, au fait que le contrôle de la fécondité est mal compris, que les informations sur les méthodes contraceptives ne sont pas ou sont mal diffusées, et/ou que les méthodes contraceptives ne sont pas accessibles à la population (Schoumaker, 2003). Dans les pays où l'information est déficiente, il convient d'abord, selon les « diffusionnistes », de faire accepter ces idées nouvelles, au travers, par exemple, de campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC), et de communication pour des changements de comportements (CCC). Parallèlement, la mise sur pied de programmes et de services, accessibles et de qualité, en planification

familiale et santé de la reproduction doit permettre à chacun de choisir de manière informée, parmi les services et les méthodes disponibles, ce qui lui convient, d'exercer par conséquent ses droits reproductifs, ce qui doit conduire à une diffusion rapide de l'usage de la contraception dans la société. L'objectif retenu au Caire qui consiste à garantir d'ici 2015 « l'accès universel aux services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale et la santé en matière de sexualité » (Nations unies, 1995) s'inscrit dans cette perspective.

Les opinions et les politiques affichées concernant la maîtrise de la croissance démographique, la fécondité et la planification familiale ont donc profondément évolué au cours des trente dernières années. Cette évolution a aussi concerné l'Afrique, comme l'indiquent les résultats des enquêtes périodiques menées par les Nations unies depuis 1976 auprès des gouvernements sur leurs « perceptions et politiques concernant la population et le développement » (United Nations, 2006a). C'est ainsi qu'en 1976, parmi les 48 pays enquêtés¹, 1 pays sur 2 jugeait sa croissance démographique et ses niveaux de fécondité satisfaisants, et seulement 1 sur 3 jugeait qu'ils étaient trop élevés, les autres pays considérant leur croissance démographique trop faible (7 pays) et leurs niveaux de fécondité trop bas (5 pays). En 2005, le renversement d'attitude est spectaculaire, puisque 3 pays sur 4, parmi les 53 pays enquêtés, jugeaient leur croissance démographique et leur niveau de fécondité trop élevés, 1 pays sur 4 estimait qu'ils étaient satisfaisants et un seul pays jugeait qu'ils étaient trop bas. Parallèlement, alors qu'en 1976 12 pays sur 48 (1 sur 4) indiquaient avoir des politiques visant à réduire leur croissance démographique et leur niveau de fécondité, en 2005, parmi les 53 pays enquêtés, 35 indiquaient avoir des politiques visant à réduire leur croissance démographique et 39 pays des politiques visant à réduire leur niveau de fécondité, soit 3 pays sur 4. Et un nombre encore plus important de pays (44 sur 53) déclaraient, en 2005, avoir des « politiques de support direct à l'accès aux méthodes contraceptives ».

De fait, malgré l'adoption de politiques ou de programmes de population par la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne dans les années 1980 et 1990, la sincérité des déclarations des gouvernements et l'efficacité de leurs engagements proclamés ont été souvent mises en doute. Ngondo a Pitshandenge note à ce sujet, en 1988, que ces politiques et programmes sont souvent imposés à partir du sommet, « passent alors pour des initiatives néo-impérialistes et néo-colonialistes inavouées, et sont reçues avec réticences par la masse » (Ngondo a Pitshandenge, 1988 : 105). Il relève aussi, citant un autre auteur africain, qu'« en tout

1. Il s'agit ici de l'ensemble des pays africains, donc les six pays d'Afrique du Nord y compris.

état de cause, les finalités de la planification familiale en Afrique ne sauraient être la réduction de la croissance démographique » et que, « pour l'Afrique sous-peuplée, dominée, dont la richesse la plus immédiatement disponible et utilisable est sa démographie », il convient de rechercher des « objectifs de qualité et de quantité » (*ibid.*). Ngondo a Pitshandenge indique enfin « qu'en définitive on peut douter de la sincérité des dirigeants à vouloir exécuter des initiatives par ailleurs ostensiblement inspirées de l'extérieur » et qu'il convient « que l'on vise d'avantage les changements structurels durables et que l'on s'attaque aux facteurs déterminants qui justifient le pronatalisme » (*ibid.* : 99).

Des évolutions récentes non maîtrisées

Dans ce contexte de réticence à l'adoption de programmes de planification familiale et de maîtrise de la fécondité, la « récupération » démographique de l'Afrique subsaharienne dans la seconde moitié du XX^e siècle a été spectaculaire. Cette récupération s'est traduite globalement par un quadruplement de la population entre 1950 et 2000, ce qui a conduit à des pressions anthropiques difficilement supportables dans de nombreuses régions. Parallèlement, l'urbanisation, marginale en 1950, a été encore plus spectaculaire, puisque la population urbaine a été multipliée par 11. Cette urbanisation a conduit à la naissance de près de 40 villes dépassant le million d'habitants, de plus en plus difficiles à gérer. Par ailleurs, le développement des plantations, des activités minières et d'extraction du pétrole, ainsi que la croissance correspondante des besoins en main-d'œuvre dans les pays concernés, au cours du XX^e siècle, ont contribué à la constitution de nouveaux systèmes migratoires, à l'origine essentiellement intrarégionaux mais aujourd'hui en pleine recomposition.

Quant à la transition démographique, qui conduit à des niveaux maîtrisés de mortalité et de fécondité, et à une croissance régulée des populations, elle est achevée ou en voie d'achèvement dans quasiment tous les pays d'Asie et d'Amérique latine. En Afrique subsaharienne, par contre, elle pourrait être longue, haute et imprévisible.

C'est l'ensemble de ces phénomènes, dont les évolutions récentes et futures apparaissent mal maîtrisées et difficiles à anticiper, qui est examiné ici, en commençant par les populations, les densités, l'urbanisation et les migrations internationales. On gardera à l'esprit que les données utilisées, celles des Nations unies, référence en la matière, ne sont pas d'égale qualité selon les pays et les périodes. On notera par

ailleurs que le classement des 48 pays² d'Afrique subsaharienne étudiés en quatre sous-régions, classement des Nations unies que nous avons retenu, est controversé pour certains pays. Ce classement se décline en 16 pays pour l'Afrique de l'Ouest, 9 pays pour l'Afrique centrale, 17 pays pour l'Afrique de l'Est, 5 pays pour l'Afrique australe, et le Soudan (voir tableau 3).

Populations, densités et migrations : des situations très diverses

Des populations en croissance très rapide

Les quatre pays les plus peuplés d'Afrique subsaharienne se trouvent être les pays les plus peuplés de chacune de ses quatre sous-régions. Il s'agit, par ordre décroissant de population en 2005, du Nigeria (141 millions), de l'Éthiopie (79 millions), de la République démocratique du Congo (59 millions) et de l'Afrique du Sud (48 millions) (tableau 3). Ces quatre pays représentaient, en 2005, 43 % de l'ensemble de la population de l'Afrique subsaharienne (le même pourcentage qu'en 1950), les 44 autres pays se partageant donc les 57 % restants.

Au cours des cinquante dernières années, la population de l'Afrique subsaharienne a été multipliée par 4, puisqu'elle est passée de 180 millions en 1950 à 680 millions en 2000, puis à 770 millions en 2005. Le poids démographique de chaque sous-région est resté quasi inchangé, ce qui signifie qu'au niveau régional les évolutions ont été peu différentes, sauf au cours des quinze dernières années, pendant lesquelles la croissance de l'Afrique australe s'est considérablement ralentie. L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est restent, avec respectivement 35 et 38 % de la population de la région en 2005, les deux sous-régions les plus peuplées. Ensuite, l'Afrique centrale compte pour 15 % de l'ensemble, l'Afrique australe pour 7 % (9 % en 1950) et le Soudan pour 5 %.

Les croissances démographiques ont été importantes partout, quoique variables selon les pays. Ainsi, entre 1950 et 2000, la population de la ville-État qu'est Djibouti (804 000 habitants en 2005) a été multipliée par 12 et celle de la Côte d'Ivoire par 7, du fait d'une immigration importante. Ensuite, près d'un pays sur trois (14 sur 48) a vu sa population multipliée par 4 à 5, et près d'un pays sur deux (21 sur 48) par 3 et moins

2. Les Seychelles, 86 000 habitants en 2005, et Sainte-Hélène, 6 000 habitants, sont exclues de l'exercice complexe de reconstitution démographique fait par les Nations unies, à cause de la petite taille de leurs populations.

de 4. Les augmentations les plus faibles, avec des multiplications par 2 et moins de 3, concernent 1 pays sur 4 (11 pays). Cette moindre croissance s'explique, pour plusieurs pays d'Afrique centrale, par leur « sous-fécondité » par rapport aux autres pays (Guinée équatoriale, Gabon, Centrafrique), par le déclin précoce de leur fécondité (Maurice, Réunion), ou encore par l'émigration et/ou les guerres civiles (Sierra Leone, Sao Tomé et Príncipe, Lesotho, Guinée-Bissau, Burundi, Mozambique).

Comment interpréter les densités ?

Malgré ces multiplications spectaculaires de population, la densité moyenne de l'Afrique subsaharienne en 2005 peut toujours paraître modeste, du moins à première vue. Elle s'établit en effet à 32 habitants au km², contre 124, quatre fois plus, pour l'ensemble de l'Asie et 58, près de deux fois plus, pour l'Amérique centrale. Elle est cependant supérieure à celle donnée pour l'ensemble de l'Amérique latine (27 habitants au km²).

L'appréciation des densités moyennes, qui sont très variables selon les espaces considérés, doit cependant tenir compte également des différents types d'environnement. Roland Pourtier distingue à ce sujet quatre grands types d'environnement en Afrique subsaharienne (Pourtier, 2006). Tout d'abord les savanes, dont le peuplement est ancien et « qui constituent des espaces ouverts, propices aux activités d'échanges autant qu'aux activités agropastorales ». Puis l'univers de la forêt, « avec ses faibles densités humaines et ses horizons bornés », mais où « le succès des cultures tropicales (café, cacao, etc.) a favorisé les régions forestières littorales ». Ensuite les hautes terres qui sont « caractéristiques de l'est du continent » et où « les avantages des sols volcaniques et de l'altitude favorables à l'agriculture et à l'élevage ont conduit au surpeuplement comme au Rwanda, au Burundi et au Kivu ». Enfin l'Afrique du Sud, « partagée entre milieux tempérés et tropicaux ». On pourrait ajouter à ces quatre types les îles de l'océan Indien et même l'ensemble des îles du pourtour du continent dont le peuplement est plus tardif et qui constituent un groupe à part.

Cependant, l'occupation de l'espace en Afrique subsaharienne ne semble pas correspondre aux possibilités offertes par l'environnement. Alain Dubresson et Jean-Pierre Raison soulignent à ce sujet que « la répartition des hommes paraît *a priori* remarquablement mal corrélée au climat, voire à la végétation » (Dubresson et Raison, 2003 : 46). Ils notent ainsi que d'importantes concentrations humaines, souvent anciennes, se retrouvent au Sahel et dans des zones arides et semi-arides d'Afrique de l'Est, *a priori* peu favorables aux activités humaines. À l'inverse, en Afrique centrale, de vastes zones humides de forêts claires sont relativement sous-peuplées. On a ainsi parlé « d'opposition Est-Ouest » et « de

Tableau 3. Population et densité en 2005, population totale, urbaine, rurale en 1950 et 2000

Pays	Population totale en 2005 (millions)	Densité au km ² en 2005	Population totale en 1950 (millions)	Population totale en 2000 (millions)	Population urbaine en 1950 (millions)	Population urbaine en 2000 (millions)	Population rurale en 1950 (millions)	Population rurale en 2000 (millions)
Afrique de l'Ouest								
Bénin	8,5	75	2,0	7,2	0,1	3,1	1,9	4,2
Burkina Faso	13,9	51	4,0	11,9	0,2	2,0	3,8	9,9
Cap-Vert	0,5	126	0,1	0,5	0,0	0,2	0,1	0,2
Côte d'Ivoire	18,6	58	2,5	17,0	0,3	7,4	2,2	9,6
Gambie	1,6	143	0,3	1,4	0,0	0,4	0,3	1,0
Ghana	22,5	94	5,2	20,1	0,8	8,8	4,4	11,3
Guinée	9,0	37	2,6	8,2	0,1	2,7	2,5	5,5
Guinée-Bissau	1,6	44	0,5	1,4	0,1	0,4	0,5	0,9
Liberia	3,4	31	0,8	3,1	0,1	1,4	0,7	1,7
Mali	11,6	9	3,3	10,0	0,3	3,0	3,0	7,0
Mauritanie	3,0	3	0,7	2,6	0,0	1,5	0,7	1,1
Niger	13,3	10	2,2	11,1	0,1	2,3	2,1	8,8
Nigeria	141,4	153	34,0	124,8	3,9	55,0	30,1	69,7
Sénégal	11,8	60	2,5	10,3	0,8	4,9	1,8	5,4
Sierra Leone	5,6	78	1,9	4,5	0,1	1,7	1,8	2,9
Togo	6,2	110	1,3	5,4	0,1	1,8	1,2	3,6
Afrique centrale								
Angola	16,1	13	4,1	13,9	0,3	4,7	3,8	9,3
Cameroun	17,8	37	4,5	15,9	0,4	7,8	4,0	8,1
Centrafrique	4,2	7	1,3	3,9	0,2	1,6	1,1	2,3
Congo	3,6	11	0,8	3,2	0,2	1,7	0,6	1,5
Congo (R.D.)	58,7	25	12,2	50,7	2,3	15,4	9,9	35,3
Gabon	1,3	5	0,5	1,2	0,1	1,0	0,4	0,2
Guinée équatoriale	0,5	17	0,2	0,4	0,0	0,2	0,2	0,2
Sao Tomé Principe	0,2	158	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Tchad	10,1	8	2,4	8,5	0,1	2,0	2,3	6,5
Afrique de l'Est								
Burundi	7,9	282	2,5	6,7	0,0	0,6	2,4	6,1
Comores	0,8	357	0,2	0,7	0,0	0,2	0,2	0,5
Djibouti	0,8	35	0,1	0,7	0,0	0,6	0,0	0,1
Érythrée	4,5	38	1,1	3,7	0,1	0,7	1,1	3,0
Éthiopie	79,0	72	18,4	69,4	0,8	10,3	17,6	59,0
Kenya	35,6	61	6,1	31,3	0,3	11,2	5,7	20,0
Madagascar	18,6	32	4,2	16,2	0,3	4,2	3,9	12,0
Malawi	13,2	112	2,9	11,6	0,1	1,8	2,8	9,9
Maurice	1,2	608	0,5	1,2	0,1	0,5	0,4	0,7
Mozambique	20,5	26	6,4	18,2	0,2	5,8	6,3	12,4
Ouganda	28,9	120	5,2	24,7	0,2	3,0	5,0	21,7
Réunion	0,8	313	0,2	0,7	0,1	0,7	0,2	0,1
Rwanda	9,2	351	2,2	8,2	0,0	1,1	2,1	7,1
Somalie	8,2	13	2,3	7,1	0,3	2,3	2,0	4,7
Tanzanie	38,5	41	7,7	33,8	0,3	10,9	7,4	22,9
Zambie	11,5	15	2,4	10,5	0,3	3,7	2,2	6,8
Zimbabwe	13,1	34	2,7	12,7	0,3	4,3	2,5	8,4
Afrique australe								
Afrique du Sud	47,9	39	13,7	45,4	5,9	25,2	7,8	20,2
Botswana	1,8	3	0,4	1,7	0,0	0,9	0,4	0,9
Lesotho	2,0	65	0,7	1,9	0,0	0,3	0,7	1,6
Namibie	2,0	2	0,5	1,9	0,0	0,6	0,4	1,3
Swaziland	1,1	65	0,3	1,1	0,0	0,2	0,3	0,8
Soudan	36,9	15	9,2	33,3	0,6	12,0	8,6	21,3
Afrique subsaharienne	769,3	32	180,0	679,8	20,8	232,0	159,3	447,7

Source : United Nations (2007).

diagonale du vide ». Effectivement en 2005, l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique de l'Est et le Soudan concentrent près de 80 % de la population de l'Afrique subsaharienne et enregistrent les densités les plus élevées (autour de 45 habitants au km² pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est). Par contraste, l'Afrique centrale et l'Afrique australe n'en comptent guère plus de 20 % (respectivement 15 % et 7 %) et ont des densités deux fois plus faibles (autour de 20 habitants au km²).

Par sous-régions, le peuplement apparaît cependant un peu plus conforme aux zones écologiques. Ainsi en Afrique de l'Ouest, le peuplement obéit à une disposition zonale, avec au Sud les zones côtières aujourd'hui très densément peuplées et au Nord des zones soudano-sahéliennes puis sahéliennes moins densément peuplées, et enfin des zones semi-arides ou arides quasiment vides d'habitants. Nombre d'États étant à cheval sur plusieurs de ces zones, les densités moyennes par pays ont une signification limitée. Il reste que les densités les plus élevées en 2005, proches de ou supérieures à 100 habitants au km², sont bien celles d'États côtiers : Nigeria (153 habitants au km²), Togo (110), Ghana (94), suivis par la Sierra Leone (78 habitants au km²), le Bénin (75), le Sénégal (60) et la Côte d'Ivoire (58) (tableau 3). Les densités les plus faibles sont celles d'États dont une partie importante du territoire est semi-aride et/ou désertique : Mauritanie (3 habitants au km²), Mali (9) et Niger (10). C'est le cas aussi, en Afrique australe, de la Namibie et du Botswana (2 et 3 habitants au km² respectivement), en Afrique centrale, du Tchad (8), en Afrique de l'Est, de la Somalie (13), ainsi que du Soudan (15 habitants au km²). En Afrique de l'Est, on trouve aussi des zones de peuplement très denses, comme par exemple dans les « Hautes Terres » éthiopiennes et dans la région des Grands Lacs, qui s'opposent à des zones faiblement peuplées. De fait, c'est bien dans les hautes terres que l'on trouve les densités moyennes par pays les plus élevées en 2005, de l'ordre de 300 habitants au km² au Rwanda (351) et au Burundi (282), et de plus de 100 habitants au km² en Ouganda (120) et au Malawi (112). Viennent ensuite l'Éthiopie et le Kenya avec respectivement 72 et 61 habitants au km². Parmi les pays d'Afrique centrale, région qui correspond plus ou moins à « la diagonale du vide », les densités ne dépassent pas 25 habitants au km², excepté au Cameroun (25 en République démocratique du Congo ; moins de 20 en Guinée équatoriale, en Angola et au Congo ; moins de 10 au Tchad, en Centrafrique et au Gabon). Au Cameroun, pays à cheval sur plusieurs zones écologiques, la densité est proche de 40 habitants au km². Notons enfin les fortes densités de toutes les îles rattachées à l'Afrique subsaharienne, par ordre décroissant : Maurice (608), Comores (357), Réunion (313), Sao Tomé et Príncipe (158), et Cap-Vert (126).

Au-delà de leur grande diversité, les densités moyennes par pays cachent également d'énormes inégalités internes. Au Bénin par exemple,

les densités rurales varient de 10 à 300 habitants au km² (Tabutin et Schoumaker, 2004). Il en va de même au Niger, pays quasiment vide d'habitants avec une densité moyenne de 10 habitants au km², mais que l'on peut paradoxalement qualifier aujourd'hui de pays « démographiquement plein ». Tout d'abord, du fait du climat aride et semi-aride du pays, les cultures dites pluviales (mil et sorgho) ne peuvent être pratiquées que sur 15 % du territoire. Dans cet espace, la zone écologique dite des vallées, la plus favorable aux cultures pluviales, connaît déjà des densités de 150 à 200 habitants au km². Dans la zone dite des plaines, moins favorable à l'agriculture, les densités sont comprises entre 60 et 80 habitants au km². Enfin, dans la zone dite des plateaux, la densité est inférieure à 10 habitants au km², mais il s'agit d'une zone où seul l'élevage extensif est envisageable. Dans les trois zones, les conflits entre éleveurs et agriculteurs sont récurrents, la question foncière est devenue un problème aigu et les problèmes environnementaux sont sévères, y compris dans la zone dite des plateaux, du fait de l'omniprésence du bétail (Guengant et Banoin, 2003). L'appréciation des densités de peuplement doit ainsi tenir compte à la fois des types d'occupation de l'espace (espaces urbain, périurbain, rural), des zones écologiques (zones arides, semi-arides, arborées, de forêt, ou saharo-sahélienne, sahélo-soudanienne, soudanienne, etc.) et des types de cultures pratiquées (cultures vivrières – céréales, tubercules – ou cultures de rente). On doit noter aussi que les modes traditionnels collectifs d'appropriation et de mise en valeur de la terre, toujours en vigueur dans nombre de pays, sont basés sur une faible occupation de l'espace. Avec des populations aujourd'hui 7 fois plus nombreuses en moyenne qu'au début du XX^e siècle, les systèmes agraires traditionnels, qui s'appuient sur ces modes collectifs d'appropriation et de mise en valeur, ne sont plus adaptés. En effet, la terre qui était autrefois abondante est aujourd'hui une ressource rare, source de conflits. Les systèmes agraires traditionnels sont donc en crise, et il faut souligner à ce propos que les rendements et les productions vivrières par tête sont en recul dans la quasi-totalité des pays, alors que paradoxalement la majorité de la population active travaille dans l'agriculture (paradoxe apparent, puisque c'est la faible productivité des systèmes agraires qui est en cause).

Au total, les croissances démographiques exceptionnelles observées au cours du XX^e siècle en Afrique subsaharienne ont conduit à une densification progressive de l'espace rural. Dans de nombreuses régions, on est arrivé à une telle saturation de l'espace rural qu'il est aujourd'hui quasiment impossible d'accéder à de nouvelles terres, ce qui est à l'origine de conflits souvent violents. À ce sujet, Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker ont recalculé les densités à partir des superficies des terres arables et des cultures permanentes, ce qui permet de mieux apprécier la relation entre pression démographique et ressources agricoles. Leurs

résultats, s'ils ont certaines limites, sont édifiants. Les auteurs notent par exemple que : « la Mauritanie passe de 3 à 529 habitants au km², le Sénégal de 48 à 391, le Kenya de 53 à 676, la Somalie de 14 à 817 [...] ». En termes de terres utilisées ou cultivables, on est donc loin d'une Afrique sous-peuplée » (Tabutin et Schoumaker, 2004 : 531). On peut dire également qu'il n'est plus pertinent, d'une manière générale, de parler aujourd'hui de sous-peuplement de l'Afrique subsaharienne.

Une multiplication par 11 de la population urbaine depuis 1950 !

Parallèlement à la densification de l'espace rural, l'Afrique a connu une véritable explosion urbaine. En effet, alors qu'entre 1950 et 2000 sa population totale a été multipliée par 4 et sa population rurale par 3, la population urbaine de l'Afrique subsaharienne a été multipliée par 11, puisqu'elle est passée de 21 millions en 1950 à 232 millions en 2000 (tableau 3) ! Ces chiffres révèlent l'extraordinaire croissance des villes africaines. Mais ils indiquent aussi que cette croissance s'est faite largement grâce au maintien d'une forte fécondité chez les nouveaux citadins, les populations rurales gardant pendant cette période leur vitalité démographique (Dubresson et Raison, 2003). C'est ainsi que, du fait de la poursuite d'une forte croissance en milieu rural, l'urbanisation en Afrique subsaharienne reste la plus faible du monde : 37 % en 2005, contre 40 % pour l'ensemble de l'Asie et 78 % pour l'Amérique latine. Cette moyenne cache cependant des différences importantes au niveau sous-régional puisqu'il y a une différence du simple au double entre la sous-région la moins urbanisée – l'Afrique de l'Est (27 %) – et la sous-région la plus urbanisée – l'Afrique australe (55 %) ; l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale se situent à des niveaux intermédiaires, respectivement 44 et 38 %.

Avant d'examiner l'évolution des niveaux d'urbanisation (ou pourcentages de population urbaine) estimés pour chaque pays par les Nations unies, il convient de rappeler la diversité des définitions nationales sur lesquelles s'appuient ces estimations. En effet, dans certains pays la population urbaine est définie uniquement à partir de seuils démographiques, par exemple à partir d'un seuil de 2000, 5000, voire 10 000 habitants agglomérés. Dans d'autres pays, la définition de l'urbain s'appuie sur des critères administratifs. Par exemple, sont considérés comme urbains tous les chefs-lieux de province ou de département, ou encore toutes les localités érigées en communes. Certains pays combinent critères administratifs et démographiques. Il arrive aussi que les définitions retenues pour un même pays ne soient pas strictement les mêmes d'un recensement à l'autre, ce qui complique encore davantage l'analyse des évolutions et les comparaisons entre pays.

Ces réserves faites, il est clair que la plupart des pays d'Afrique subsa-

harianne étaient encore massivement ruraux dans les années 1950 et que la croissance de la population urbaine a été rapide dans la majorité d'entre eux. Ainsi en 1950, la population était rurale à 90 % et plus dans 2 pays sur 3 (31 sur 48). Seuls 5 pays avaient alors une population urbaine de l'ordre de 30 à 40 % de leur population totale. Il s'agissait de l'Afrique du Sud et de Djibouti (40 % d'urbains environ), du Congo, du Sénégal et de Maurice (30 % d'urbains environ). En 2005 en revanche, 11 pays, soit 1 pays sur 4, avaient une population majoritairement urbaine, et dans une dizaine d'autres la population urbaine représentait entre 40 % et moins de 50 % de la population totale. La comparaison des taux d'urbanisation en 1950 et 2005 met toutefois en évidence des évolutions contrastées et permet de distinguer quatre types d'urbanisation (tableau 4).

Tableau 4. Classement des pays selon les taux d'urbanisation en 1950 et 2005

En 2005. 2 ^e chiffre (xx,19)	Taux d'urbanisation			
	En 1950. 1 ^{er} chiffre, exemple Burkina Faso (4,xx)			
	Inférieur ou égal à 10 %		Entre 11 % et moins de 25 %	
Moins de 25 %	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Burkina Faso (4,19) Niger (5,23)	<u>Afrique de l'Est :</u> Burundi (2,11) Rwanda (2,22) Ouganda (3,12) Malawi (4,17) Ethiopie (5,16) Erythrée (6,21) <u>Afrique australe :</u> Lesotho (1,18) Swaziland (1,24)		
	10 pays			
Entre 25 % et 40 %	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Guinée (5,36) Togo (7,36) Sierra Leone (7,40) Mali (8,34) Gambie (10,26) Guinée-Bissau (10,36) <u>Afrique centrale :</u> Tchad (4,26) Angola (8,37)	<u>Afrique de l'Est :</u> Mozambique (3,38) Comores (3,36) Tanzanie (4,38) Madagascar (8,27) Zambie (10,36) Zimbabwe (10,36) <u>Afrique australe :</u> Namibie (9,33) Soudan (6,40)	<u>Afrique centrale :</u> Sao Tomé et Principe (14,38) Congo (R.D.) (19,33) <u>Afrique de l'Est :</u> Somalie (13,36)	
	16 pays		3 pays	
41 % et plus	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Mauritanie (2,64) Bénin (5,46) <u>Afrique centrale :</u> Cameroun (10,53)	<u>Afrique de l'Est :</u> Kenya (6,42) <u>Afrique australe :</u> Botswana (3,53)	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Nigeria (11,48) Liberia (13,48) Côte d'Ivoire (13,46) Cap-Vert (14,58) Ghana (15,46) <u>Afrique centrale :</u> Gabon (11,85) Centrafrique (16,44) Guinée équatoriale (16,50) <u>Afrique de l'Est :</u> Réunion (24,92)	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Sénégal (30,51) <u>Afrique centrale :</u> Congo (31,54) <u>Afrique de l'Est :</u> Maurice (29,44) Djibouti (40,85) <u>Afrique australe :</u> Afrique du Sud (43,58)
	5 pays		5 pays (< 50% en 2005), et 4 pays (≥ 50% en 2005)	5 pays
Total	31 pays		12 pays	
			5 pays	

Source : United Nations (2007).

Note : Chiffres en gras pour les pays ayant un taux d'urbanisation supérieur ou égal à 50 %.

Le premier type d'urbanisation correspond à un rythme que l'on peut qualifier de « lent » dans le contexte africain. Il combine des niveaux de départ peu élevés (inférieurs à 20 %) et des niveaux actuels toujours modestes (inférieurs à 40 %). Plus d'un pays sur quatre (13 sur 48) répond à cette définition. Parmi ceux-ci, 10 pays avaient un taux d'urbanisation égal à 6 % au plus en 1950 et inférieur à 25 % en 2005. Ces pays sont donc toujours peu urbanisés. On notera que 9 d'entre eux sont des pays enclavés³. Il s'agit de 3 pays sahéliens : le Burkina Faso et le Niger, de 5 pays des « Hautes Terres » d'Afrique de l'Est et de 2 pays enclavés d'Afrique australe.

Le deuxième type d'urbanisation correspond à un rythme que l'on peut qualifier de « moyen ». Il combine des niveaux de départ peu élevés (égaux à 16 % au plus) et des niveaux actuels intermédiaires compris entre 25 et 50 %. Vingt et un pays sur quarante-huit répondent à cette définition. Parmi ceux-ci, 16 pays avaient un taux d'urbanisation égal à 10 % au plus en 1950, et compris entre 25 et 40 % en 2005. Six pays d'Afrique de l'Ouest et six pays d'Afrique de l'Est sont concernés. Il s'agit donc de pays encore majoritairement ruraux, mais qui, à quelques exceptions près, devraient devenir majoritairement urbains dans les vingt ans à venir.

Le troisième type d'urbanisation correspond à un rythme que l'on peut qualifier de « rapide », combinant des niveaux de départ peu élevés (égaux à 10 % au plus) et des niveaux actuels importants (supérieurs à 40 %). Cinq pays répondent à cette définition. Cependant la Mauritanie, le Cameroun et le Botswana ont déjà des populations majoritairement urbaines. Il en va de même pour le Gabon, le Cap-Vert et la Réunion dont les taux d'urbanisation se situaient entre 11 et 25 % en 1950 et avaient dépassé les 50 % en 2005.

Le quatrième type correspond à une urbanisation que l'on peut qualifier d'« ancienne », combinant des niveaux de départ substantiels pour l'époque (de l'ordre de 30 à 40 %) et des niveaux actuels importants (supérieurs à 50 %). Quatre pays répondent à cette définition : le Sénégal, le Congo, Djibouti, l'Afrique du Sud, auxquels on peut ajouter Maurice, dont le taux d'urbanisation en 2005 était de 44 %. Il s'agit donc de pays qui ont déjà effectué « leur basculement urbain », comme le Gabon, le Cap-Vert, la Réunion et récemment la Guinée équatoriale, ainsi que la Mauritanie, le Cameroun et le Botswana. Tous ces pays majoritairement urbains sont des pays ayant une façade maritime, à l'exception du Botswana.

Ces évolutions contrastées sont le résultat de plusieurs facteurs. Les activités minières et d'extraction de pétrole, ainsi que le dynamisme du secteur des plantations expliquent largement les urbanisations plus

3. L'Afrique subsaharienne compte 14 pays enclavés au total.

rapides de pays tels que la Mauritanie, le Botswana, le Gabon, la Guinée équatoriale, le Congo, mais aussi les urbanisations rapides du Cameroun, du Nigeria, de la Côte d'Ivoire et du Ghana. Cette urbanisation s'est accompagnée dans la plupart de ces pays d'un certain abandon des modes de vie traditionnels. Les facteurs politiques – régimes autoritaires, troubles intérieurs, guerres civiles, mouvements de réfugiés, etc. – ont eu des effets divers. Dans certains cas, ils ont peut-être favorisé le départ vers les villes (Sierra Leone, Mozambique, Soudan, etc.), dans d'autres, le repli vers les zones rurales (Burundi, Rwanda, Ouganda, etc.). Toutefois, l'absence de recensement pendant les périodes troublées rend difficile l'appréciation de l'ampleur de ces mouvements. Les sécheresses, famines et autres catastrophes ont aussi été à l'origine de mouvements, plus ou moins importants, temporaires ou définitifs, des zones rurales affectées vers les villes. Ainsi, la sécheresse qui a frappé les pays du Sahel en 1973-1974, puis en 1984, a poussé vers la ville de nombreux ruraux. Mais, si l'on estime que la croissance des populations urbaines du Niger, du Burkina Faso et de la Mauritanie a fortement augmenté dans les années 1970, rien de tel n'a été supposé pour le Mali.

Dans ce panorama quelque peu troublé, où les tendances lourdes de l'urbanisation sont perturbées par des facteurs politiques et climatiques plus conjoncturels et en interaction, l'évolution des taux d'accroissement annuels moyens des populations urbaines et rurales apparaît irrégulière, mais avec une tendance marquée à la baisse pour la période récente. Les migrations rurales-urbaines ont pu représenter 60 à 70 % de la croissance urbaine totale dans les années 1970 et 1980. Mais aujourd'hui, avec un accroissement naturel urbain devenu plus important, les migrations rurales-urbaines sont minoritaires. Comme le soulignent Alain Dubresson et Jean-Pierre Raison, ce recul du poids relatif des migrations rurales dans la croissance urbaine a d'abord une explication structurelle. Ainsi, avec une population rurale alors égale à 85 % de la population totale, « le réservoir rural dans les années 1960 était environ 6 fois plus peuplé que les villes, de sorte que l'arrivée en ville de 1 % de migrants ruraux équivalait à 6 % d'accroissement de la population urbaine » (Dubresson et Raison, 2003 : 112). Dans les années 1990, la population rurale représentant les deux tiers de la population totale, le rapport n'était plus que de deux à un. Ainsi, « 1 % de migrants ruraux ne contribuait plus qu'à 2 % de croissance de la population urbaine » (*ibid.* : 113). Cet effet mécanique n'explique pas tout, puisque nombre de villes sont devenues des lieux de départ, vers l'étranger mais aussi vers les zones rurales où reviennent un certain nombre de néocitadins. C'est pourquoi « il n'est pas toujours aisé de distinguer les permanences et les ruptures par rapport à des systèmes circulatoires antérieurs fondés sur des va-et-vient entre villes et campagnes » (*ibid.* : 112). La combinaison de ces facteurs explique le

ralentissement des taux de croissance des populations urbaines observé dans les années 1980 et 1990. L'époque des fortes croissances urbaines, de 7 % et plus par an, fréquentes jusqu'au début des années 1980 et qui impliquaient un doublement des populations urbaines tous les dix ans, est donc révolue. Selon les estimations des Nations unies, pour la période 2000-2005, un seul pays, le Rwanda, qui constitue un cas particulier, avait un taux de croissance de sa population urbaine supérieur à 7 % par an, et seulement 1 pays sur 3 (15 sur 48) avait encore une croissance urbaine relativement forte, comprise entre 5 % et moins de 7 % par an. Mais 1 pays sur 4 (13 pays) avait une croissance urbaine plutôt faible, inférieure à 3 % par an. Finalement, l'écart entre le taux de croissance urbaine et le taux de croissance rurale était inférieur ou, au plus, égal à 2 points de pourcentage dans un tiers des pays, ce qui est relativement faible. À noter que ce ralentissement de la croissance urbaine est susceptible de remettre en cause les anciennes projections de populations réalisées pour plusieurs villes et capitales pour l'élaboration de schémas d'aménagements urbains.

Modèles urbains mono-macrocéphales et pluricéphales

L'extraordinaire croissance des populations urbaines en Afrique subsaharienne depuis 1950 s'est accompagnée de la multiplication d'agglomérations millionnaires et multimillionnaires, et ceci dans des configurations urbaines variées. En 1950, l'Afrique subsaharienne ne comptait aucune agglomération de plus d'un million d'habitants et elle n'en comptait qu'une en 1960 : Johannesburg, en Afrique du Sud. Les Nations unies estimaient qu'en 2005, 27 des 48 pays de la région, soit plus de la moitié, ne comptaient aucune agglomération d'un million d'habitants. Dans les 21 autres pays, on comptait cependant 36 agglomérations millionnaires. Dans 16 pays, il n'y avait qu'une seule ville millionnaire, la capitale, dans tous les cas sauf un (United Nations, 2006b). Dans les 5 autres pays, plusieurs agglomérations dépassaient donc le million d'habitants. Il s'agissait de l'Afrique du Sud (6 agglomérations), du Nigeria (5 agglomérations), de la République démocratique du Congo (4 agglomérations), du Cameroun (2 agglomérations) et du Ghana (2 agglomérations). On retrouve ici les pays les plus peuplés d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Afrique australe, mais pas l'Éthiopie, pays le plus peuplé d'Afrique de l'Est, où seule la capitale, Addis-Abeba, dépassait le million d'habitants (près de 3 millions en 2005). L'agglomération la plus peuplée d'Afrique subsaharienne est Lagos, qui compte aujourd'hui plus de 10 millions d'habitants. Viennent ensuite 6 agglomérations avec des populations comprises entre 3 et 6 millions d'habitants (par ordre décroissant : Kinshasa, Khartoum,

Abidjan, Johannesburg, Le Cap et Kano), 9 agglomérations avec des populations comprises entre 2 et moins de 3 millions d'habitants, et enfin 20 agglomérations avec des populations comprises entre 1 et moins de 2 millions d'habitants (United Nations, 2006b).

On est donc bien ici dans des configurations urbaines complexes et différentes, avec des pays pluricéphales (plusieurs villes millionnaires), des pays monocéphales (une seule ville millionnaire) et des pays sans ville millionnaire. Dans les pays pluricéphales, la somme des populations des villes millionnaires représente, en République démocratique du Congo et en Afrique du Sud, la moitié de la population urbaine, mais au Cameroun, au Ghana et au Nigeria seulement un tiers. Dans les pays monocéphales, la population de la ville millionnaire représente en gros entre la moitié et le quart de la population urbaine totale. Ainsi, Lomé, Brazzaville, Conakry, Mogadiscio, Dakar et Abidjan représentent autour de 50 % de la population urbaine totale des pays concernés. Bamako, Luanda, Harare, Antananarivo, Lusaka, Khartoum, Dar es Salam et Addis-Abeba, quant à elles, ne comptent qu'environ un tiers à un quart des populations urbaines de leurs pays respectifs.

On observe pour ces villes millionnaires, comme pour l'ensemble des populations urbaines, un ralentissement de leur croissance qui relève de facteurs divers et pas toujours clairs. Il peut s'agir d'une recomposition des mouvements migratoires en fonction de facteurs politiques et économiques, et/ou d'une redirection de ces mouvements vers les villes secondaires. Néanmoins, même si les rythmes de l'urbanisation sont moins rapides et ses modalités différenciées, les populations concernées et les défis correspondants sont considérables, voire abyssaux. La plupart de ces grandes villes sont en effet passées de quelques centaines, voire dizaines de milliers d'habitants en 1950, à plusieurs millions aujourd'hui, sans que les infrastructures, les logements, les emplois et les services urbains suivent. C'est ainsi que Lagos, qui avait moins de 300 000 habitants en 1950, en a aujourd'hui 11 millions ; Kinshasa et Khartoum, qui en avaient moins de 200 000, en ont aujourd'hui respectivement 6 et 4,5 millions ; Abidjan, qui avait à peine 60 000 habitants en 1950, en a aujourd'hui plus de 3,5 millions ; Nairobi, Dar es Salam et Luanda, qui en avaient autour de 100 000, approchent aujourd'hui les 3 millions. La raréfaction des emplois réguliers salariés dans les villes, au cours des années 1980, ainsi que les crises multiformes qui ont touché alors la plupart des pays (crises économiques consécutives à l'effondrement des prix des matières premières et du renchérissement du prix du pétrole, crises sociales, conséquences des plans d'ajustement structurel, crises politiques et faillite des États) ont conduit à l'accélération de l'informalisation des économies et à une réduction du pouvoir d'achat de la majorité des citoyens. Alain Dubresson et Jean-Pierre Raison notent eux aussi que

la difficulté de vivre en ville a longtemps été amortie par « les pratiques citadines et la vitalité des réseaux sociaux [mais que] ces divers filets sociaux et économiques paraissent proches de la rupture alors que l'étroit contrôle social qui permettait de réguler les tensions internes a perdu en efficacité. Après avoir plutôt fonctionné comme une machine intégratrice, la cité est désormais un lieu sinon d'exclusion, du moins d'éviction en particulier du marché du travail » (Dubresson et Raison, 2003 : 121). Éviction qui facilite par ailleurs la criminalisation croissante des économies urbaines africaines.

Les diverses tentatives d'organiser la ville par la maîtrise du foncier, par la construction de lotissements et d'immeubles collectifs « ont finalement concouru à l'exclusion de très nombreux citadins de l'espace urbain légal ». Les politiques de destruction des bidonvilles, « les déguerpissements » n'ont pas permis non plus d'enrayer la croissance urbaine. Cette urbanisation se poursuit donc de manière toujours largement incontrôlée et, d'ici 2030, 3 pays sur 4 devraient être majoritairement urbains contre 1 sur 4 aujourd'hui. Ce « basculement urbain » s'accompagnera de nouvelles demandes en services, infrastructures, ramassage et stockage des déchets urbains, etc., qui s'ajouteront aux demandes actuelles largement insatisfaites. Il s'accompagnera aussi d'une demande croissante en produits alimentaires que le monde rural ne sera pas nécessairement en mesure de fournir partout, compte tenu de la faible productivité des systèmes agraires traditionnels toujours dominants et de l'organisation déficiente des marchés. Dans ces conditions, il n'est pas exclu que les villes doivent importer ou recevoir de plus en plus les produits vivriers dont elles auront besoin des pays du Nord excédentaires. Cette possible fracture alimentaire appelle à la réflexion, car elle serait préjudiciable à la nécessaire articulation des économies rurales et urbaines africaines (Guengant et Banoin, 2004 ; Collomb, 1999). Pourtant, comme le dit Roland Pourtier, « l'Afrique qui verra le jour demain s'enfante dans les villes dont aucun pouvoir n'a pu canaliser la vertigineuse croissance » (Pourtier, 2006). De fait, non seulement l'avenir économique, mais aussi l'avenir politique et social (le succès de la lutte contre la pauvreté en particulier) de l'Afrique subsaharienne se joueront effectivement en grande partie dans les villes.

Migrations internationales : entre installation et circulation Nord et Sud

Autre forme de mobilité spatiale, les migrations internationales africaines doivent être resituées dans le contexte mondial afin de dépasser les nombreux clichés dont elles sont aujourd'hui l'objet. Les Nations unies estimaient ainsi en 2005 le nombre de migrants internationaux dans le monde à près de 200 millions (191 millions dont 13,5 millions de réfu-

giés) (United Nations, 2006c ; UNHCR, 2007)⁴. Après une augmentation modérée dans les années 1960 et 1970, les stocks de migrants internationaux, tels qu'ils sont comptabilisés par les Nations unies (voir encadré), ont fortement augmenté dans les années 1980⁵. Depuis le début des années 1990, le nombre de migrants internationaux augmenterait ainsi en moyenne de 2 à 3 millions par an, contre 600 000 dans les années 1960 (Guengant, 2006). Autre fait nouveau, l'accroissement, entre 1990 et 2005, du nombre de migrants internationaux, qui est de 36 millions, s'est fait pour l'essentiel dans les pays développés (33 millions contre 3 millions seulement pour les pays en développement). Les migrations Sud-Sud, longtemps les plus importantes, ont donc perdu leur prééminence au profit des migrations Sud-Nord. C'est ainsi que 60 % des migrants internationaux résident aujourd'hui dans des pays développés, la moitié d'entre eux étant des femmes. Par pays d'origine, les migrants internationaux les plus nombreux sont les Chinois (estimés à 35 millions), puis les Indiens (20 millions), les Philippins (7 millions). Dix millions de personnes nées au Mexique ont également été recensées aux États-Unis en 2000 (mais les personnes « d'origine mexicaine », dans ce pays, étaient estimées en 2004 à 26 millions).

Les migrations internationales concernant l'Afrique subsaharienne comprennent d'une part les migrations intrarégionales (entre pays d'Afrique subsaharienne) et d'autre part les migrations extrarégionales (vers d'autres pays). Les Nations unies estimaient les migrants internationaux résidant en Afrique subsaharienne à 15,9 millions en 2005 (y compris 2,8 millions de réfugiés) (United Nations, 2006c). Par ailleurs, les personnes nées en Afrique subsaharienne résidant dans un pays de l'OCDE étaient estimées vers 2000 à près de 4 millions (OCDE, 2005). Certes, ces données ne sont pas exhaustives puisqu'un certain nombre de Subsahariens sont présents dans d'autres pays que ceux de l'OCDE, en particulier en Afrique du Nord. Elles suggèrent cependant que le nombre de migrants internationaux subsahariens devait être au début des années 2000 de l'ordre de 20 millions (dont trois quarts en Afrique subsaharienne et un quart dans les pays de l'OCDE), ce qui représente environ 10 % du total des migrants internationaux dans le monde, pourcentage proche des 12 % que représente l'Afrique subsaharienne dans la population mondiale.

4. Les rapports statistiques du HCR concernant les réfugiés et les demandeurs d'asile sont disponibles en ligne de l'année 1994 à l'année 2005 : <http://www.unhcr.org/statistics.html>.

5. L'augmentation entre 1980 et 1990 (de 99 à 155 millions, soit 56 millions de migrants) comprend les 27 millions de personnes (soit la moitié) qui, du fait de l'écroulement de l'URSS, sont devenues des migrants internationaux parce que nées hors de l'une des ex-Républiques soviétiques où elles résident.

« Sources d'information sur les migrations internationales »

Deux nouvelles sources majeures d'information sur les migrations internationales dans le monde, qui concernent aussi l'Afrique subsaharienne, sont disponibles depuis 2005.

Il s'agit d'abord de la base de données de la Division de la population des Nations unies, qui donne des estimations globales, quinquennales de 1960 à 2005, du nombre de migrants internationaux résidant dans chaque pays (United Nations, 2006c). Ces estimations s'appuient essentiellement sur le nombre de personnes nées hors du pays où elles résident (ou ayant une nationalité différente de ce pays), donné par les recensements de population, auxquels sont ajoutés les réfugiés relevant du HCR, ou Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR, 2007). Trente-huit pays d'Afrique subsaharienne sur quarante-huit ont organisé au moins trois recensements entre 1945 et 2004, et vingt-six pays, au moins quatre recensements (US Bureau of Census, 2007). Les estimations du stock de migrants internationaux dans chaque pays depuis 1960 ont ainsi été construites par interpolation, rétropolation et extrapolation à partir de ces données, auxquelles ont été ajoutés les réfugiés pris en charge par le HCR pour les années considérées. Du fait de leur construction, les estimations des Nations unies sont donc des photographies, tous les 5 ans, des stocks de migrants (et de réfugiés) installés dans divers pays, depuis plus ou moins longtemps, de manière définitive ou temporaire, en situation régulière ou non. Elles comprennent donc une fraction, variable selon les pays, de migrants illégaux. On notera à ce sujet que le nombre de « sans papiers » en 2005 se situait entre 10 et 12 millions aux États-Unis et entre 7 et 8 millions en Europe. Mais ces chiffres varient rapidement en fonction des opérations de régularisation. Il y a eu 19 opérations de ce type dans les années 1990, et 14, dont 10 en Europe, entre 2000 et 2005 (Nations unies, 2006). Au total, compte tenu de la date des derniers recensements pris en compte, on peut considérer que les estimations des Nations unies reflètent de manière acceptable l'évolution des stocks de migrants internationaux jusqu'en 2000. Par contre, les extrapolations en 2005 peuvent être, dans certains cas, discutées.

La seconde source d'information, également nouvelle, sur les migrations internationales est constituée des dernières publications de l'OCDE. Il s'agit du rapport 2004 sur « les tendances des migrations internationales », qui contient pour la première fois des données sur les migrants internationaux recensés dans 29 des 30 pays membres autour de l'année 2000 (OCDE, 2005). Les pays membres de l'OCDE comprennent 27 pays dits du « Nord » considérés comme développés : 22 pays d'Europe de l'Ouest, d'Europe du Nord et d'Europe centrale, les États-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon, ainsi que 3 pays dits du « Sud » ou en développement, à savoir le Mexique, la Corée et la Turquie. La seconde publication de l'OCDE à prendre en considération est le premier rapport 2006, « Perspectives des migrations internationales », qui remplace les rapports « Tendances des migrations internationales » et qui contient les premières statistiques harmonisées sur les flux d'immigration à long terme dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE, 2006 et 2007).

Malheureusement, concernant les divers pays d'Afrique subsaharienne, l'archivage des données et des publications, que celles-ci soient anciennes ou plus récentes, a souvent été déficient. De plus, les conditions d'accès aux données, dans nombre de pays (procédures administratives, restrictions posées, coûts), constituent souvent un obstacle à leur diffusion. Il est difficile dans ces conditions de disposer d'un nombre suffisant de recensements ou de résultats d'enquêtes pour arriver à un ensemble de données qui permettrait de se faire une idée de l'évolution des mouvements migratoires (nombre, origine, destination des migrants) en Afrique subsaharienne.

Examinons d'abord les migrations intrarégionales. S'agissant de données de stocks incluant les réfugiés, le chiffre de 15,9 millions de migrants intrarégionaux en Afrique subsaharienne, donné par les Nations unies pour 2005, est à la fois le reflet de mouvements intrarégionaux plus ou moins anciens et de mouvements importants, plus récents, de réfugiés. En fait, on observe en Afrique subsaharienne une évolution inverse à celle du monde considéré globalement. En effet, le nombre de migrants internationaux y a augmenté de manière substantielle entre 1960 et 1980 (de 8 à 13 millions), mais plus modestement entre 1980 et 2005 (de 13 à près de 16 millions). Les migrants internationaux présents en Afrique subsaharienne, qui représentaient donc près de 3,5 % de la population totale de la région en 1960 et 1980, n'en représentaient plus que 2,0 % en 2005.

L'explosion du nombre des réfugiés relevant du HCR au cours de cette période explique en partie ces évolutions. Ainsi, en 1960, 75 000 réfugiés seulement étaient pris en charge par le HCR, dans un seul pays : la République démocratique du Congo. En 1980, les réfugiés relevant du HCR en Afrique subsaharienne étaient au nombre de 3,5 millions et représentaient près de 40 % des réfugiés dans le monde. Après avoir atteint un maximum de 5 millions dans les années 1990, le nombre des réfugiés est redescendu à 3,4 millions en 2000 et à 2,8 millions en 2005. Ces réfugiés étaient présents en 2005 dans 40 pays sur 48, en nombres cependant très variables selon les années et les pays (de moins de 1 000 à plus de 100 000), suivant l'évolution des conflits, des prises en charge et des retours. Ainsi, le Tchad, qui ne comptait que 21 000 réfugiés en 2000, en comptait 346 000 en 2005, ce qui le plaçait en seconde position derrière la Tanzanie, où le nombre de réfugiés restait proche de 600 000. L'Ouganda et le Kenya avaient toujours en 2005 un nombre de réfugiés supérieur à 200 000. Par contre, le nombre de réfugiés relevant du HCR était en 2005 nettement moindre qu'en 2000 en Guinée (quatre fois moins), en Éthiopie et en Côte d'Ivoire (deux fois moins), ainsi qu'en République démocratique du Congo et en Zambie. Ainsi, les réfugiés subsahariens ne représentaient plus en 2005 que 20 % des réfugiés dans le monde. Les pays qui accueillent des réfugiés relevant du HCR restent cependant nombreux, ce qui reflète l'extension des conflits en Afrique au cours des vingt/trente dernières années et la durabilité de leurs conséquences. Hors mouvements de réfugiés, l'évolution du nombre de migrants internationaux en Afrique subsaharienne a été la suivante : 8 millions en 1960, 10 millions en 1980 et 13 millions en 2005. On notera qu'entre 1995 et 2005, l'augmentation moyenne du nombre de migrants internationaux (toujours hors réfugiés) s'établit à près de 250 000 par an.

Les migrants internationaux résidant en Afrique subsaharienne sont concentrés dans un petit nombre de pays. Ainsi en 2000, le tiers des migrants internationaux en Afrique subsaharienne était concentré dans

3 pays : la Côte d'Ivoire (2,3 millions), le Ghana (1,5 million) et l'Afrique du Sud (1 million) (tableau 5). Venaient ensuite 9 pays avec un nombre de migrants compris entre 500 000 et 900 000 (parmi lesquels nombre de réfugiés pris en charge par le HCR). Il s'agit, par ordre décroissant, de la Tanzanie, du Soudan, du Nigeria, de la Guinée, de la République démocratique du Congo, de l'Éthiopie, du Zimbabwe, du Burkina Faso et de l'Ouganda. Si l'on considère les migrants hors réfugiés, il reste 7 pays avec un nombre de migrants supérieur à 500 000 : la Côte d'Ivoire (2,2 millions), le Ghana (1,5 million), l'Afrique du Sud (1 million), puis le Soudan, le Nigeria, le Zimbabwe et le Burkina Faso, qui totalisent plus de la moitié des migrants internationaux hors réfugiés de la région. Ici aussi, la situation est le résultat d'évolutions divergentes. En 1960, c'est la République démocratique du Congo qui concentrait le plus grand nombre de migrants internationaux (1 million), suivie de près par l'Afrique du Sud (937 000), l'Ouganda (772 000), la Côte d'Ivoire (640 000) et le Ghana (550 000), qui comptaient alors à eux cinq la moitié des migrants. Quarante ans plus tard, du fait à la fois des mouvements de réfugiés et des migrations de travail, quelques pays seulement avaient un nombre de migrants beaucoup plus important qu'en 1960, 3 à 4 fois plus en Côte d'Ivoire, au Soudan et au Ghana, et un peu moins de 2 fois plus en Tanzanie, au Zimbabwe et en Éthiopie. Dans les autres pays, le nombre de migrants est soit resté à peu près stable comme en Afrique du Sud, soit a diminué comme en République démocratique du Congo et en Ouganda.

Ces évolutions divergentes sont le résultat de facteurs très divers. Dans certains cas, l'accession à l'indépendance, l'existence de régimes autoritaires, les conflits, guerres civiles et autres troubles se sont traduits par de nombreux départs : départs des fonctionnaires coloniaux vers l'Europe, retour au pays d'anciens migrants, ou encore départs temporaires ou définitifs de nationaux vers les pays voisins, devenus ainsi pays d'accueil sans que ces personnes déplacées soient nécessairement prises en charge par le HCR. Dans d'autres cas, les migrations sont clairement des migrations de travail, plus ou moins anciennes, imputables au développement des activités minières, de l'extraction du pétrole, des plantations et d'activités connexes. Dans le cas de l'Afrique du Sud, les migrations en provenance des pays voisins ont commencé à la fin du XIX^e siècle avec le développement des mines d'or et de diamant, et elles se sont amplifiées tout au long du XX^e siècle. Les migrations vers le Ghana sont le prolongement des migrations de travail de l'entre-deux-guerres vers les plantations de cacao de ce qui était alors la « *Gold Coast* ». Elles ont été suivies, dans les années 1950 et 1960, par les migrations vers la Côte d'Ivoire. La multiplication, par 8 au Nigeria et par 10 au Gabon, du nombre de migrants internationaux entre 1960 et 2000 est liée au développement de l'extraction du pétrole et des activités connexes dans ces pays.

Tableau 5. Migrants internationaux en 1960, 1980 et 2005 et réfugiés (en milliers)

Pays	Migrants internationaux			Total réfugiés		Migrants internationaux hors réfugiés	
	en 1960	en 1980	en 2005	en 1980	en 2005	En 1980	En 2005
Afrique de l'Ouest							
Bénin	34	57	175	0	5	57	170
Burkina Faso	63	170	773	0	1	170	772
Cap-Vert	7	8	11	0	0	8	11
Côte d'Ivoire	639	1 521	2 371	0	70	1 521	2 301
Gambie	32	75	232	0	7	75	224
Ghana	552	421	1 669	0	41	421	1 628
Guinée	152	206	406	0	121	206	285
Guinée-Bissau	12	13	19	0	8	13	12
Liberia	29	81	50	0	10	81	40
Mali	126	71	46	0	12	71	34
Mauritanie	12	34	66	0	0	34	65
Niger	54	94	124	0	0	94	123
Nigeria	94	1 315	971	50	8	1 265	963
Sénégal	168	119	326	5	21	114	305
Sierra Leone	56	89	119	0	68	89	51
Togo	101	152	183	0	11	152	173
Afrique centrale							
Angola	122	90	56	71	14	19	42
Cameroun	159	199	137	74	59	125	78
Centrafrique	42	55	76	4	19	51	58
Congo	26	76	288	0	59	76	228
Congo (R.D.)	1 007	1 365	539	661	184	704	355
Gabon	21	95	245	25	14	70	231
Guinée équatoriale	19	5	6	0	0	5	6
Sao Tomé et Principe	5	7	7	0	0	7	7
Tchad	55	67	437	0	346	67	91
Afrique de l'Est							
Burundi	126	224	100	143	53	81	47
Comores	2	18	67	0	0	18	67
Djibouti	2	40	20	37	15	3	6
Erythrée	8	10	15	0	4	10	10
Ethiopie	393	404	555	11	109	393	446
Kenya	160	160	345	5	241	155	104
Madagascar	40	55	63	0	0	55	63
Malawi	298	287	279	0	4	287	275
Maurice	10	10	21	0	0	10	21
Mozambique	9	105	406	75	1	30	405
Ouganda	772	678	518	113	261	565	257
Réunion	7	33	142	0	0	33	142
Rwanda	31	51	121	9	59	42	62
Somalie	11	1 606	282	1 588	0	18	281
Tanzanie	477	557	792	160	580	397	213
Zambie	361	279	275	47	152	232	123
Zimbabwe	382	576	511	0	5	576	506
Afrique australe							
Afrique du Sud	937	983	1 106	0	28	983	1 078
Botswana	9	15	80	12	3	3	77
Lesotho	3	9	6	5	0	4	6
Namibie	15	59	143	0	13	59	131
Swaziland	17	34	45	5	1	28	45
Soudan	242	719	639	422	143	297	495
Afrique subsaharienne	7 901	13 301	15 870	3 522	2 750	9 779	13 119

Source : United Nations (2006c).

Ceci dit, l'évolution très irrégulière du nombre de migrants dans ces divers pays est le reflet des hauts et des bas de leurs économies, dont la prospérité est largement tributaire des cours mondiaux des matières premières, mais aussi de la gestion politique de leurs immigrations. Ainsi, en 1969, le Ghana, alors en pleine crise économique et politique, a réglementé le séjour des étrangers et expulsé quelque 200 000 migrants, notamment des Nigériens, des Nigériens et des Voltaïques (aujourd'hui Burkina) (Mounkaila, 2003). Le Nigeria a expulsé lui aussi plusieurs centaines de milliers de migrants qualifiés d'immigrants illégaux, une première fois en 1983, puis à nouveau en 1985 (on a parlé alors de 700 000 expulsions, dont 300 000 Ghanéens). En 1995, le Gabon, qui comptait alors quelque 150 000 immigrants, a fixé un ultimatum à tous les étrangers, les obligeant à régulariser leur situation ou à quitter le pays, ce qui a entraîné des départs. La Côte d'Ivoire a adopté en 1975 une politique d'« ivoirisation » des emplois afin de limiter le rôle des étrangers dans la société ivoirienne. En 1991, une carte de séjour obligatoire a été imposée aux étrangers, en contradiction avec le protocole de 1979 sur la libre circulation, le droit de résidence et d'établissement des personnes à l'intérieur de la CEDEAO⁶, dont la Côte d'Ivoire est membre. En Afrique du Sud, le démantèlement du régime d'apartheid en 1994 a marqué la fin d'une politique qui favorisait une immigration blanche et entraînait volontairement la précarité des conditions de séjour des travailleurs des pays voisins. La nouvelle politique mise en place a conduit cependant entre 1994 et 2003 à l'expulsion de près d'un million de « sans papiers » originaires notamment du Mozambique, du Zimbabwe et du Lesotho (Crush, 2003). En 2002, une nouvelle politique d'immigration, restrictive et sélective, a été adoptée. La fin de l'Apartheid a cependant favorisé les échanges avec les pays voisins et le nombre de visas de court séjour pour tourisme ou affaires est passé de moins de 4 millions en 1992 à près de 10 millions en 1999.

L'histoire récente des migrations intrarégionales africaines est ainsi ponctuée de flux et de reflux, de retours forcés et de nouveaux départs, avec la recomposition permanente des espaces de circulation et de migration. En Afrique de l'Ouest par exemple, la diminution du nombre de migrants au Ghana dans les années 1960 et 1970 s'est accompagnée d'une augmentation parallèle de leur nombre en Côte d'Ivoire. De même, la stagnation du nombre de migrants en Côte d'Ivoire dans les années 1990 s'est accompagnée d'une forte augmentation au Ghana, où le nombre de personnes nées hors du pays a triplé entre les recensements de 1984 et 2000, pour atteindre 1,5 million. Il en a été de même au Nigeria,

6. Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest.

où le nombre de migrants internationaux serait proche aujourd'hui du million, après être tombé autour de 300 000 après les expulsions de 1985. Une autre conséquence des difficultés économiques qu'a connues la sous-région, en particulier la Côte d'Ivoire depuis les années 1980, a été le retour de centaines de milliers de personnes nées au Burkina Faso, ou nées en Côte d'Ivoire ou au Ghana de parents burkinabè. Le nombre de personnes nées hors du Burkina Faso et qui y résident serait ainsi passé, selon les Nations unies, de moins de 200 000 en 1980 à 350 000 en 1990, et à près de 600 000 en 2000. Les dynamiques qui sous-tendaient les migrations africaines intrarégionales au cours du XX^e siècle paraissent donc très perturbées.

Si l'on ne considère que l'évolution des stocks de migrants, on pourrait dire que les migrations intrarégionales sont en panne en Afrique subsaharienne. Elles ne semblent concerner aujourd'hui, en immigration, que quelques pays comme le Ghana, le Nigeria, le Gabon, en plus des migrations traditionnelles de proximité entre pays voisins. En effet, l'augmentation récente (environ 250 000 par an) des stocks de migrants hors réfugiés, notée plus haut, représente moins de 2 % des arrivées annuelles sur les divers marchés du travail d'Afrique subsaharienne (que l'on peut estimer à 14 millions pour les deux sexes au début des années 2000). Mais l'essentiel est peut-être ailleurs. Les variations de stocks de personnes nées hors du pays où elles ont été dénombrées ne représentent en effet qu'une petite fraction de l'ensemble des déplacements des Subsahariens. Ces déplacements sont peut-être davantage des mobilités fondées sur des va-et-vient non seulement entre villes et campagnes, mais aussi entre pays voisins, pays lointains, voire pays de transit, dans un périple vers le Nord. Ces va-et-vient sont d'ailleurs favorisés par le développement des moyens de transport et de communication. Les données collectées en Afrique australe sont intéressantes à ce sujet. D'un côté, en effet, le stock de migrants internationaux en Afrique du Sud, pays traditionnel d'immigration pour les pays voisins, reste autour d'un million depuis les années 1960. D'un autre côté, des données d'enquêtes révèlent qu'entre un tiers et un quart des Mozambicains et des Zimbabwéens ont résidé en Afrique du Sud et qu'il en est plus ou moins de même pour le quart, voire la moitié de leurs parents et grands-parents (Crush, 2003). Malheureusement, il n'existe pas de données comparables pour d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

En ce qui concerne les migrations extrarégionales, on l'a vu, le nombre de personnes nées en Afrique subsaharienne et résidant dans un pays de l'OCDE était estimé, vers 2000, à près de 4 millions (OCDE, 2005). Ces mouvements vers le « Nord » – puisque les pays de l'OCDE sont essentiellement des pays du Nord (voir encadré *supra*) – sont en partie, pour la période récente, la conséquence des regroupements fami-

liaux autorisés par les pays d'accueil. Comme les migrants internationaux résidant en Afrique subsaharienne, les Subsahariens résidant dans les pays de l'OCDE sont concentrés dans un petit nombre de pays. Ainsi, 5 pays concentrent les trois quarts des Subsahariens au « Nord ». Il s'agit des États-Unis (930 000 Subsahariens), du Royaume-Uni (812 000), de la France (565 000), du Portugal (348 000) et du Canada (271 000) (OCDE, 2005). On notera que les États-Unis et le Canada sont des pays d'immigration relativement ouverts quoique l'immigration y soit très réglementée et sélective, alors que les trois autres pays sont d'anciennes puissances coloniales. En fait, les principaux pays d'origine des migrants reflètent autant les anciens liens coloniaux que les conflits, les guerres civiles et les autres troubles qui les ont affectés. Les 9 pays pour lesquels on a dénombré plus de 100 000 émigrés dans les pays de l'OCDE sont en effet l'Afrique du Sud (environ 350 000), le Nigeria (250 000), le Kenya (200 000) ainsi que le Ghana, la Somalie, l'Angola, l'Éthiopie, le Sénégal et le Congo (entre 150 000 et 100 000). Plus de la moitié des quelque 3 millions de migrants originaires d'Afrique subsaharienne, pour lesquels on dispose de données détaillées par pays d'origine (OCDE, 2005), viennent de ces pays. Les niveaux d'éducation y sont variables. Mais on notera que la moitié des migrants originaires du Nigeria et d'Afrique du Sud, et environ le tiers des migrants originaires du Kenya, du Ghana, d'Éthiopie et du Congo sont qualifiés (avec un niveau d'éducation tertiaire). On notera aussi que, pour les migrants de plusieurs de ces pays, les pays de destination sont diversifiés. C'est le cas en particulier de ceux originaires d'Afrique du Sud, du Nigeria, du Ghana (qui sont aussi les principaux pays d'accueil des immigrants en Afrique subsaharienne) et du Sénégal.

Que peut-on retenir de cette diversité d'évolutions ? Tout d'abord que les migrations internationales concernant l'Afrique subsaharienne ne peuvent pas se réduire, malgré la forte médiatisation dont elles sont l'objet, à des migrations de pauvreté ou de désespérance, et aux mouvements de réfugiés. Jusque dans les années 1980 ou 1990, ces migrations semblent être restées majoritairement des migrations intrarégionales. Ceci dit, le basculement récent de ces migrations vers le Nord reste à documenter. Les causes des migrations concernant l'Afrique subsaharienne sont aussi diverses que celles observées ailleurs dans le monde. Il s'agit, selon les auteurs, des lieux et des époques, du jeu de facteurs « *pull/push* », de l'importance des réseaux migratoires et de l'enracinement de cultures de migration, de la segmentation des marchés du travail au Nord, qui réservent de nombreux emplois non qualifiés aux immigrés du Sud, et de la mondialisation, qui favorise la mobilité du travail, à travers notamment le développement des moyens d'information, de transport et de communications. Pourtant, les migrations internationales concernant l'Afrique

subsaharienne apparaissent aujourd'hui, on l'a vu, relativement modestes, qu'elles soient intrarégionales ou dirigées vers le Nord. En ce qui concerne les pays du Nord, il est vrai que « la sécurité et la lutte contre l'immigration irrégulière sont au cœur des politiques visant à assurer une meilleure maîtrise des flux migratoires », adoptées par ces pays (OCDE, 2006 : 25). Toutefois, « de nombreux pays ont adopté des mesures visant à faciliter le recrutement d'immigrés hautement qualifiés *via* la mise en œuvre ou l'amélioration des politiques sélectives et en attirant les étudiants étrangers considérés comme des travailleurs qualifiés potentiels ayant des liens étroits avec le pays d'accueil » (*ibid.*). C'est ainsi qu'en 2004 et 2005 quelque 3 à 3,5 millions d'immigrés sont officiellement devenus résidents de longue durée dans les pays de l'OCDE (y compris ceux séjournant déjà à titre temporaire dans leur pays d'accueil) et près de 1,5 million de travailleurs temporaires y ont été admis (OCDE, 2006 et 2007). Face à ces opportunités sur les marchés du travail du Nord, les migrants subsahariens sont en compétition, selon les pays d'accueil, avec des migrants venant d'Asie, d'Amérique latine, d'Afrique du Nord, mais aussi d'Europe de l'Est. Il est intéressant de remarquer que les ressortissants de ces pays ont généralement été plus nombreux que ceux des pays d'Afrique subsaharienne à bénéficier des nombreuses opérations de régularisation des « sans papiers » organisées depuis 1980 (OCDE, 2005). Dans la compétition pour « les emplois au Nord », les plus qualifiés parmi les candidats subsahariens à l'émigration ont certainement leurs chances, même si leur départ peut être préjudiciable au développement de leur pays d'origine. Par contre, ceux qui sont peu qualifiés, de loin les plus nombreux, ne sont pas nécessairement les mieux placés, du fait de la faiblesse des niveaux d'éducation, notamment secondaire et tertiaire, dans la plupart de leurs pays d'origine. Par ailleurs, le doublement attendu des arrivées sur les marchés du travail de l'Afrique subsaharienne (environ 14 millions par an au début des années 2000 et 27 millions au début des années 2030 pour les deux sexes) est de nature à créer de nouvelles tensions. Dans un contexte de migrations intrarégionales plus ou moins en panne et de migrations de plus en plus contrôlées vers les pays du Nord, ces arrivées massives de jeunes, en majorité peu éduqués, sur les marchés de l'emploi vont entraîner une intensification des mobilités. Ces mobilités seront-elles définitives, temporaires ou circulaires, principalement internes ou plutôt internationales, et dans ce dernier cas seront-elles légales ou illégales ? Il est difficile de répondre aujourd'hui à ces questions, mais il est clair que l'ampleur de ces mouvements risque fort de créer de nouvelles tensions, aux niveaux local, national, sous-régional et international, qu'il faudra bien gérer.

Des transitions démographiques hautes et longues

La poursuite d'une forte croissance démographique en Afrique subsaharienne, à l'exception de l'Afrique australe, est le résultat de transitions démographiques particulières, très différentes de celles observées en Asie et en Amérique latine.

Transitions asiatique, latino-américaine et subsaharienne :
des différences majeures

La période « historique » de forte croissance de la population, pendant la transition démographique, correspond à la période pendant laquelle la mortalité baisse, alors que la baisse de la natalité n'est pas encore engagée ou vient de commencer. Ce processus, s'il est universel est cependant loin d'être homogène. Ainsi, les transitions démographiques observées en Europe ont généralement été des transitions plutôt longues et basses, c'est-à-dire souvent étalées sur une centaine d'années, voire plus, avec des maxima de croissance démographique bas, de l'ordre de 1 % par an. Les transitions observées pendant la seconde moitié du XX^e siècle en Asie et en Amérique latine, où elles sont aujourd'hui quasiment achevées, ont été souvent brèves et hautes, c'est-à-dire étalées sur un demi-siècle, avec des maxima de courte durée, situés entre 2 et 3 % par an. En Afrique subsaharienne, par contre, la transition démographique est haute et loin d'être achevée ; elle risque donc d'être longue ou même très longue selon les pays.

Par rapport aux autres régions du monde en développement, la baisse de la mortalité en Afrique subsaharienne a été plus tardive et plus lente ; elle est « en panne » depuis les années 1980 (cf. chapitre 2). Selon la reconstitution des dynamiques démographiques, réalisée par les Nations unies, la baisse de la mortalité déjà amorcée au début des années 1950 se traduisait alors par des taux bruts de 24 ‰ en Asie, 16 ‰ en Amérique latine et 27 ‰ en Afrique subsaharienne (United Nations, 2007) (voir tableau 6). Les espérances de vie à la naissance correspondantes étaient de 41 ans en Asie, 51 ans en Amérique latine et 38 ans en Afrique subsaharienne. Cette « surmortalité subsaharienne » était la conséquence de la faiblesse des systèmes de santé africains, développés plus tardivement et à des échelles plus modestes qu'ailleurs, et de la persistance de grandes endémies meurtrières. La poursuite de la baisse de la mortalité dans le monde en développement a conduit au début des années 1980 à des taux bruts sensiblement inférieurs en Asie, en Amérique latine, ainsi qu'en Afrique subsaharienne : respectivement 10 ‰, 8 ‰ et 17 ‰. Parallèlement, les espérances de vie à la naissance se sont accrues entre 1950-1955 et 1980-1985 de 20 ans en Asie, 14 ans en Amérique latine,

mais de 10 ans seulement en Afrique subsaharienne. En dépit donc des progrès accomplis, les écarts en défaveur de l'Afrique subsaharienne non seulement ne se sont pas réduits, mais se sont en fait même accrus. C'est ainsi qu'en 1980-1985 l'espérance de vie à la naissance en Afrique subsaharienne était toujours inférieure à 50 ans, alors qu'elle avait dépassé le cap des 60 ans en Asie et en Amérique latine.

Les années 1980 marquent le début d'une divergence d'évolution entre l'Asie et l'Amérique latine, d'une part, et l'Afrique subsaharienne, d'autre part. En effet, alors que les progrès se sont poursuivis à un rythme soutenu en Asie et en Amérique latine, ils se sont carrément arrêtés en Afrique subsaharienne. Du fait de la maîtrise quasiment achevée des principales causes de décès d'origine infectieuse en Asie et en Amérique latine, et du vieillissement de leurs populations (consécutif à la baisse continue de la fécondité depuis les années 1960 dans les deux régions), les taux bruts de mortalité n'ont diminué que de deux points entre 1980-1985 et 2000-2005. Mais les gains des espérances de vie à la naissance sont restés importants (7 ans dans les deux cas), ce qui a conduit pour la période 2000-2005 à des espérances de vie autour de 70 ans (68 en Asie et 72 en Amérique latine), proches de la moyenne enregistrée pour l'ensemble des pays développés (76 ans). En Afrique subsaharienne par contre, les taux bruts de mortalité se sont maintenus autour de 16 ‰, conséquence de la stagnation de l'espérance de vie à la naissance autour de 49/50 ans, pendant toute la période. Les causes de ce « recul sanitaire » sont variables selon les régions et les pays – impact de l'épidémie de VIH/Sida, détérioration des systèmes de santé, conséquences meurtrières des guerres – et ne sont pas exclusives. En Afrique australe, on assiste même, du fait de la forte prévalence du VIH/Sida, à un renversement spectaculaire, puisque entre 1990-1995 et 2000-2005 l'espérance de vie à la naissance a reculé de près de 10 ans (de 62 à 53 ans). Ce recul n'est que de 2 ans pour l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est (de 48 à 46 ans et de 50 à 48 ans respectivement entre 1985-1990 et 2000-2005). Pour l'Afrique de l'Ouest en revanche, l'espérance de vie à la naissance aurait simplement stagné autour de 49/50 ans. Cette diversité des évolutions sous-régionales renvoie à des causes multiples sur lesquelles nous reviendrons. Notons qu'en Afrique du Nord la progression de l'espérance de vie à la naissance n'a pas été affectée, puisqu'elle est passée de 42 ans en 1950-1955 à 60 ans en 1985-1990, puis à 67 ans en 2000-2005, suivant en cela une évolution comparable à celle observée pour l'ensemble de l'Asie.

Tableau 6. Indices de transition démographique dans diverses régions du monde et sous-régions d'Afrique, de 1950-1955 à 2000-2005

Taux brut de mortalité (‰)

Régions/Sous-régions	Périodes										
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
Asie	24	21	18	14	11	10	10	9	8	8	8
Amérique latine	16	14	12	11	10	9	8	7	7	6	6
Afrique subsaharienne	27	25	23	21	19	18	17	16	16	16	16
Afrique de l'Ouest	28	26	25	23	21	20	19	18	17	16	16
Afrique centrale	27	25	24	22	20	19	18	18	18	19	18
Afrique de l'Est	27	25	22	20	19	18	17	16	16	16	15
Afrique australe	21	18	17	15	13	12	10	9	8	2	14
Afrique du Nord	24	22	20	18	16	14	12	10	8	7	7

Espérance de vie à la naissance (en années)

Asie	41	44	48	54	57	59	61	63	65	66	68
Amérique latine	51	54	57	59	61	63	65	67	69	71	72
Afrique subsaharienne	38	40	42	44	46	47	49	50	50	49	49
Afrique de l'Ouest	36	38	40	42	44	45	47	49	49	50	49
Afrique centrale	37	39	41	43	45	47	48	48	47	45	46
Afrique de l'Est	37	40	42	44	46	48	49	50	48	48	48
Afrique australe	45	48	50	52	53	55	58	61	62	60	53
Afrique du Nord	42	44	46	49	51	54	57	60	63	65	67

Note : En gras souligné, les chiffres correspondant à la période d'arrêt ou de remontée de la mortalité (pour les taux bruts de mortalité et les espérances de vie à la naissance).

Taux brut de natalité (‰)

Asie	43	39	39	38	34	30	29	28	25	22	20
Amérique latine	43	42	41	38	35	33	31	28	25	23	22
Afrique subsaharienne	49	49	48	48	47	47	47	45	44	42	41
Afrique de l'Ouest	50	49	49	48	48	48	49	48	46	44	42
Afrique centrale	47	47	48	47	48	48	48	47	47	46	46
Afrique de l'Est	51	50	50	49	49	48	47	46	44	42	41
Afrique australe	43	43	42	39	39	37	35	31	29	26	25
Afrique du Nord	49	47	47	45	44	42	39	35	30	27	25

Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme)

Asie	5,9	5,6	5,7	5,7	5,0	4,2	3,7	3,4	3,0	2,7	2,5
Amérique latine	5,9	5,9	6,0	5,5	5,0	4,5	3,9	3,4	3,0	2,7	2,5
Afrique subsaharienne	6,7	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7	6,4	6,1	5,8	5,5
Afrique de l'Ouest	6,9	6,9	6,9	7,0	7,0	7,0	7,0	6,9	6,6	6,2	5,8
Afrique centrale	6,0	6,1	6,3	6,4	6,5	6,6	6,6	6,6	6,5	6,3	6,2
Afrique de l'Est	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	6,9	6,6	6,2	5,9	5,6
Afrique australe	6,5	6,5	6,3	5,8	5,6	5,1	4,7	4,1	3,5	3,1	2,9
Afrique du Nord	6,8	7,0	7,1	6,8	6,5	6,1	5,7	5,0	4,2	3,6	3,2

Note : En gras souligné, les chiffres correspondant aux maxima de natalité et de fécondité (pour les taux bruts de natalité et les indices synthétiques de fécondité).

Source : United Nations (2007).

En ce qui concerne la baisse de la fécondité, on peut dire qu'elle a été, comme la baisse de la mortalité, plus tardive et plus lente en Afrique subsaharienne que dans les autres régions du monde en développement. Et si son évolution n'a pas connu de rupture, contrairement à celle de la mortalité, on peut toutefois parler de fortes résistances à la baisse. Au début des années 1950, les taux bruts de natalité étaient de 43 ‰ en Asie et en Amérique latine, et de 49 ‰ en Afrique subsaharienne. Cette « surfécondité » subsaharienne correspondait alors à 6,7 enfants par femme, contre 5,9 en Asie et en Amérique latine. Elle s'explique par des mariages plus précoces et l'absence de pratique de la contraception, alors que celle-ci était déjà pratiquée dans quelques pays d'Asie et d'Amérique latine. De fait, la baisse de la fécondité s'est amorcée dès les années 1950 et 1960 en Asie et en Amérique latine. Entre le début des années 1960 et le début des années 1980, les femmes asiatiques et latino-américaines ont ainsi réduit leur fécondité de près de 6 enfants à moins de 4 enfants, ce qui correspond à une diminution de l'indice synthétique de fécondité d'un enfant par décennie. Le mouvement s'étant poursuivi, au début des années 2000 la fécondité était estimée à 2,5 enfants par femme dans les deux régions, soit un enfant de plus que la fécondité moyenne de l'ensemble des pays développés (estimée à 1,6 enfant par femme en 2000-2005). La transition démographique est donc quasiment achevée aujourd'hui dans ces deux grandes régions considérées globalement.

Par contraste, aucune baisse n'est « visible » au niveau de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne avant les années 1980, les taux bruts de natalité restant proches de 50 ‰ et la fécondité de 7 enfants par femme. Puis, avec vingt ans de décalage par rapport aux autres régions en développement, la fécondité a commencé à baisser timidement dans les années 1980, évolution qui a été alors saluée comme la « fin de l'exception africaine » (Locoh et Makdessi, 1995). Cependant cette baisse se singularise aussi en étant deux fois moins rapide que celle observée en Asie et en Amérique latine auparavant. En effet, la baisse de l'indice synthétique de fécondité entre 1980-1985 et 2000-2005 n'est globalement que de 1,2 enfant par femme (de 6,7 à 5,5 enfants par femme), contre 2 enfants en Asie et en Amérique latine entre 1960-1965 et 1980-1985. Dans ce processus, l'Afrique australe occupe encore une place particulière. C'est en effet la seule sous-région de l'Afrique subsaharienne où la fécondité a commencé à baisser dès les années 1960 (une dizaine d'années avant l'Afrique du Nord) et où elle est aujourd'hui inférieure à 3 enfants par femme. À l'inverse, en Afrique centrale, on estime que la fécondité a d'abord augmenté de 6 à 6,6 enfants par femme des années 1950 aux années 1980, et qu'elle n'aurait ensuite diminué que de 0,4 enfant par femme entre 1980-1985 et 2000-2005.

En dépit donc du maintien de niveaux de mortalité élevés et d'une interruption dans la baisse de la mortalité, la baisse plus tardive et plus

lente de la fécondité en Afrique subsaharienne a conduit à une croissance démographique exceptionnellement forte au cours des cinquante dernières années. Celle-ci est restée en effet égale ou supérieure à 2,5 % par an de 1960-1965 à 2000-2005, et elle devrait être encore de 2,3 % en 2010-2015 (tableau 7). En Asie, par contre, le taux d'accroissement annuel moyen n'a été proche de 2,5 % par an qu'au cours de la période 1965-1970 et il était estimé à 1,3 % par an en 2000-2005. En Amérique latine, le taux d'accroissement annuel moyen est resté supérieur à 2,5 % par an du début des années 1950 au début des années 1970 et il a été estimé à 1,6 % par an en 2000-2005. L'Afrique australe reste cependant très éloignée du schéma de croissance haute et longue des autres sous-régions. Le recul marqué de l'espérance de vie à la naissance combiné à une baisse majeure de la fécondité a réduit brutalement en effet son taux de croissance démographique, qui s'établit maintenant à 1,1 % par an, contre 2,6 à 2,8 % dans les trois autres sous-régions.

**Tableau 7. Taux moyens annuels d'accroissement naturel
dans diverses régions du monde et les sous-régions d'Afrique,
de 1950-1955 à 2000-2005**

Sous-régions	Périodes										
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
Asie	1,9	1,9	2,2	<u>2,4</u>	2,3	2,0	1,9	1,9	1,7	1,5	1,3
Amérique latine	<u>2,7</u>	<u>2,8</u>	<u>2,9</u>	<u>2,7</u>	<u>2,6</u>	2,4	2,3	2,1	1,9	1,7	1,6
Afrique subsaharienne	2,2	2,4	<u>2,5</u>	<u>2,7</u>	<u>2,8</u>	<u>2,9</u>	<u>3,0</u>	<u>2,9</u>	<u>2,8</u>	<u>2,6</u>	<u>2,5</u>
Afrique de l'Ouest	2,2	2,3	2,4	<u>2,6</u>	<u>2,7</u>	<u>2,8</u>	<u>3,0</u>	<u>3,0</u>	<u>2,9</u>	<u>2,8</u>	<u>2,6</u>
Afrique centrale	2,0	2,2	2,4	<u>2,6</u>	<u>2,7</u>	<u>2,9</u>	<u>3,0</u>	<u>3,0</u>	<u>2,9</u>	<u>2,7</u>	<u>2,8</u>
Afrique de l'Est	2,4	<u>2,5</u>	<u>2,7</u>	<u>2,9</u>	<u>3,0</u>	<u>3,1</u>	<u>3,0</u>	<u>3,0</u>	<u>2,8</u>	<u>2,7</u>	<u>2,6</u>
Afrique australe	2,3	2,4	<u>2,5</u>	<u>2,4</u>	<u>2,5</u>	<u>2,5</u>	<u>2,5</u>	2,3	2,0	1,7	1,1
Afrique du Nord	2,4	<u>2,6</u>	<u>2,7</u>	<u>2,7</u>	<u>2,7</u>	<u>2,7</u>	<u>2,7</u>	<u>2,5</u>	2,2	2,0	1,8

Source : United Nations (2007).

Note : En gras, les taux égaux ou supérieurs à 2,5 % par an ; les chiffres soulignés correspondent aux maxima. En italique, les chiffres inférieurs à 2 % par an.

Les transitions par pays : modèles traditionnel, classique et perturbé

L'examen des principaux indicateurs démographiques disponibles pour chaque pays pour la période récente permet d'aller au-delà de cette image globale et de mettre en évidence la diversité des transitions en cours (tableau 8).

Tableau 8. Indicateurs de dynamique démographique, 2000-2005

Pays	Taux brut de natalité (%)	Taux brut de mortalité (%)	Taux d'accroissement naturel (en %)	Indice synthétique de fécondité	Espérance de vie à la naissance	Prévalence du VIH/Sida chez les adultes en 2005
Afrique de l'Ouest						
Bénin	42	13	3,0	5,9	54	1,8
Burkina Faso	46	16	3,0	6,4	51	2,0
Cap-Vert	31	5	2,6	3,8	70	0,4
Côte d'Ivoire	38	17	2,1	5,1	47	7,1
Gambie	38	11	2,7	5,2	58	2,4
Ghana	32	10	2,2	4,4	59	2,3
Guinée	42	14	2,9	5,8	54	1,5
Guinée-Bissau	50	20	3,0	7,1	46	3,8
Liberia	50	20	3,0	6,8	44	1,5
Mali	49	16	3,2	6,7	52	1,7
Mauritanie	35	9	2,7	4,8	62	0,7
Niger	51	16	3,6	7,5	55	1,1
Nigeria	43	18	2,5	5,9	47	3,9
Sénégal	38	10	2,8	5,2	62	0,9
Sierra Leone	47	24	2,3	6,5	41	1,6
Togo	40	11	2,9	5,4	58	3,2
Afrique centrale						
Angola	49	22	2,7	6,8	41	3,7
Cameroun	38	15	2,3	4,9	50	5,4
Centrafrique	38	19	1,9	5,0	43	10,7
Congo	37	13	2,5	4,8	53	5,3
Congo (R.D.)	50	19	3,0	6,7	45	3,2
Gabon	28	12	1,6	3,4	57	7,9
Guinée équatoriale	40	16	2,3	5,6	49	3,2
Sao Tomé et Principe	35	8	2,7	4,3	64	1,5
Tchad	47	16	3,1	6,5	51	3,5
Afrique de l'Est						
Burundi	44	17	2,8	6,8	47	3,3
Comores	37	7	2,9	4,9	63	<0,1
Djibouti	31	12	1,9	4,5	53	3,1
Erythrée	41	11	3,0	5,5	55	2,4
Ethiopie	41	14	2,6	5,8	51	4,4
Kenya	39	13	2,6	5,0	51	6,1
Madagascar	39	11	2,8	5,3	57	0,5
Malawi	44	18	2,6	6,0	45	14,1
Maurice	16	7	0,9	1,9	72	0,6
Mozambique	44	19	2,4	5,5	44	16,1
Ouganda	47	16	3,2	6,8	48	6,7
Réunion	20	5	1,5	2,5	76	0,2
Rwanda	42	18	2,3	6,0	43	3,1
Somalie	46	19	2,7	6,4	46	0,9
Tanzanie	42	15	2,8	5,7	50	6,5
Zambie	42	22	2,0	5,7	39	17,0
Zimbabwe	29	21	0,8	3,6	40	20,1
Afrique australe						
Afrique du Sud	24	14	1,1	2,8	53	18,8
Botswana	26	16	1,0	3,2	47	24,1
Lesotho	31	18	1,4	3,8	45	23,2
Namibie	27	13	1,5	3,6	52	19,6
Swaziland	30	17	1,3	3,9	44	33,4
Soudan	34	11	2,3	4,8	56	1,6
Afrique subsaharienne	41	16	2,5	5,5	49	6,1

Source : United Nations (2007), ONUSIDA (2006a) et autres.

En 2000-2005, les taux bruts de natalité et de mortalité des 48 pays d'Afrique subsaharienne étudiés restaient variables mais souvent élevés. La moitié des pays environ avaient en effet des taux de natalité compris entre 40 et 51 ‰, et des taux de mortalité compris entre 15 et 24 ‰. En conséquence, la plupart des pays avaient toujours des taux d'accroissement naturel importants. Ainsi, 10 pays sur 48 avaient encore des croissances démographiques égales ou supérieures à 3 % par an, et 27 pays avaient des croissances comprises entre 2 et moins de 3 % par an. Finalement, 11 pays seulement (à peine 1 pays sur 4) avaient des croissances inférieures à 2 % par an. Les transitions démographiques correspondantes étaient cependant très diverses et souvent perturbées du fait des guerres et de l'épidémie de VIH/Sida. Elles dépendaient aussi du rythme très variable de la baisse de la fécondité. Pour décrire la complexité de ces situations, Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker ont proposé quatre grands modèles « subsahariens » de transition (Tabutin et Schoumaker, 2004). Ils distinguent :

- « un modèle encore traditionnel [...] où la mortalité a reculé, mais où la natalité se maintient à des niveaux très élevés ». Cinq pays, dont les taux bruts de natalité étaient en 2000-2005 supérieurs à 45 ‰, les taux de mortalité de 15/16 ‰ et la croissance naturelle forte égale ou supérieure à 3 % par an, se rattachent clairement à ce modèle. Il s'agit du Burkina Faso, du Mali, du Niger, du Tchad et de l'Ouganda, qui sont tous des pays enclavés et qui font partie, l'Ouganda excepté, des dix pays ayant les indicateurs de développement humain les plus faibles du monde (PNUD, 2006) ;

- « un modèle classique de changement [...] où la mortalité baisse régulièrement depuis cinquante ans, la natalité diminue depuis vingt ans, et la croissance ralentit tout en demeurant encore forte ». Cinq pays, dont les taux bruts « intermédiaires » étaient en 2000-2005 de 35 à 40 ‰ pour la natalité, de 8 à 12 ‰ pour la mortalité et la croissance naturelle de 2,2 à 2,8 % par an, se rattachent à ce modèle. Il s'agit du Ghana, du Soudan, de Sao Tomé et Príncipe, du Sénégal et de la Gambie. Les trois premiers pays appartiennent au groupe des pays à développement humain moyen (PNUD, 2006) ;

- « un modèle perturbé par des guerres [...] avec des reprises brutales de mortalité dues aux conflits eux-mêmes, mais aussi à la paupérisation qui s'ensuit, ainsi parfois qu'au Sida ». Cinq pays sont concernés : le Liberia, la Sierra Leone, la République démocratique du Congo, le Rwanda et le Burundi. Ces pays avaient en 2000-2005 des taux relativement élevés de natalité (42 ‰ et plus) et de mortalité (de 17 à 24 ‰), et conservaient donc une croissance naturelle élevée allant de 2,3 à 3 % par an ;

- « un modèle perturbé par le VIH-Sida [où] la fécondité et la mortalité ont reculé normalement jusque vers 1990, mais [où] le processus a été

brutalement interrompu par des reprises importantes, conduisant [...] à des réductions parfois drastiques de la croissance ». Avec des taux de natalité de plus de 30 ‰, des taux bruts de mortalité de 13 à 21 ‰ en 2000-2005, entraînant une croissance naturelle réduite (de 0,8 à 1,5 % par an), les cinq pays d'Afrique australe et le Zimbabwe se rattachent à ce modèle.

Une vingtaine de pays peuvent donc être assez clairement rattachés à l'un de ces quatre modèles. Pour les autres pays, les interactions entre phénomènes sont complexes et par conséquent leur classement est plus difficile.

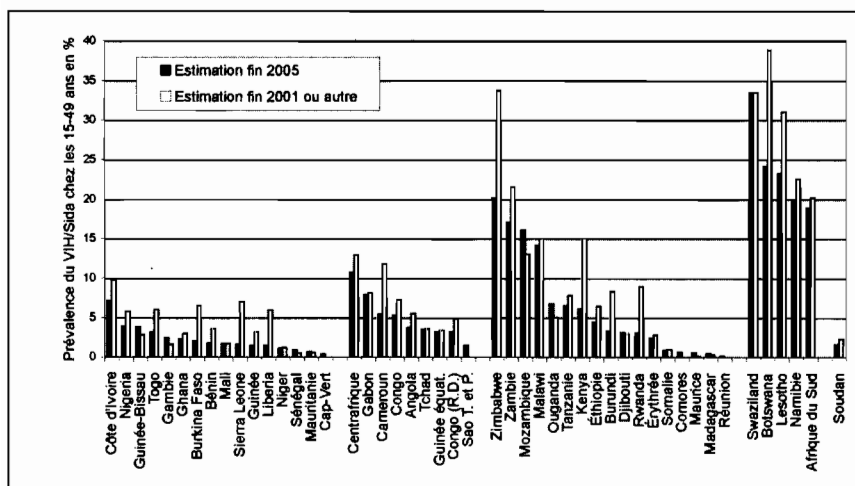
Le point sur l'épidémie de VIH/Sida

L'apparition de l'épidémie de VIH/Sida dans les années 1980 et les millions de morts dont elle a été la cause, notamment en Afrique subsaharienne, ont posé le problème de son impact démographique et ravivé les craintes d'une nouvelle stagnation de la population africaine (Ferry, 2002). Selon certains, la réduction attendue de la croissance démographique, voire de la population, du fait de l'épidémie de VIH/Sida, rendait inutiles et même tout à fait inopportuns en Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par l'épidémie, les programmes en faveur de la planification familiale ou visant à réduire la croissance démographique.

De fait, l'épidémie de VIH/Sida constitue toujours une sérieuse menace pour la santé et la survie de millions de personnes, en particulier en Afrique. En 2005, on estimait en effet le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida en Afrique subsaharienne à environ 24,5 millions (entre 21,6 et 27,4 millions), soit les deux tiers du total mondial. Par ailleurs, le nombre des personnes infectées a continué d'augmenter puisque le nombre des nouvelles infections (environ 2,7 millions en 2005) restait supérieur à celui des décès (2 millions) (ONUSIDA, 2006a). Le VIH/Sida est ainsi considéré comme la principale cause de décès en Afrique subsaharienne, avant le paludisme.

Il est toutefois important de rappeler, comme l'a fait l'ONUSIDA en 2006, « qu'il n'y a pas une épidémie africaine » et que les « tendances générales de la prévalence du VIH ne doivent pas cacher la grande diversité des épidémies à l'œuvre dans la région » (ONUSIDA, 2006a : 16). Cette diversité est illustrée par la figure 1, qui présente pour chaque pays les dernières estimations de la prévalence du VIH/Sida parmi la population des 15-49 ans (fin 2005), ainsi que les estimations de fin 2001 qui étaient généralement beaucoup plus élevées (ONUSIDA, 2002) (voir encadré ci-après).

Figure 1. Taux de prévalence du VIH/Sida chez les 15-49 ans estimés fin 2005 et comparaison avec les taux estimés fin 2001



Source : ONUSIDA (2006 et 2002), autres sources (voir tableau 8).

Note : On ne dispose que d'une seule estimation pour le Cap-Vert, Sao Tomé et Principe, les Comores et la Réunion.

Il apparaît clairement qu'avec des prévalences de l'ordre de 20 % et plus, « l'Afrique australe reste l'épicentre de l'épidémie mondiale de VIH » (ONUSIDA, 2006b : 16). Près du tiers des personnes infectées par le VIH/Sida dans le monde vivent dans cette sous-région, qui compte autant de personnes infectées que les trois autres sous-régions d'Afrique subsaharienne réunies. Les 5 pays d'Afrique australe mis à part, les autres pays les plus infectés, avec des prévalences entre 15 et 20 % en 2005, sont 4 pays proches d'Afrique de l'Est : le Zimbabwe, la Zambie, le Mozambique et le Malawi, suivis par la République centrafricaine, avec une prévalence d'environ 10 % (mais il faut souligner que les données pour ce pays sont limitées).

Selon les dernières estimations disponibles, 4 pays sur 5 avaient donc en 2005 des prévalences du VIH/Sida inférieures à 10 %. Toutefois, des épidémies sérieuses et potentiellement dangereuses, caractérisées par des taux de prévalence compris entre 5 et moins de 10 %, étaient observées dans 7 pays (Ouganda, Tanzanie, Kenya, Gabon, Cameroun, Congo et Côte d'Ivoire). La sous-région d'Afrique de l'Ouest était nettement la moins affectée, avec des prévalences estimées à moins de 4 % dans tous les pays, la Côte d'Ivoire exceptée.

De nouvelles estimations de la prévalence du VIH/Sida révisées à la baisse

Les dernières estimations de l'épidémie de VIH/Sida dans le monde, fournies par l'ONUSIDA et l'OMS en 2006, sont moins élevées que celles publiées précédemment. Cette révision à la baisse s'explique en partie par une diminution réelle de la prévalence du VIH/Sida dans certains pays. Cependant, la plupart des différences entre les estimations publiées en 2006 et les estimations antérieures sont dues à des révisions établies sur la base de nouvelles sources de données plus fiables (ONUSIDA, 2006 : 9). Dans les pays qui présentent « des épidémies généralisées » (prévalence chez les adultes dépassant 1 % et transmission essentiellement hétérosexuelle, ce qui est le cas de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne), les estimations de la prévalence se fondent surtout sur la surveillance des femmes enceintes dans quelques « sites sentinelles » de consultations prénatales. En l'absence d'enquêtes de population comprenant un test des anticorps du VIH, on estime que la prévalence parmi les femmes enceintes reçues dans les services de consultations prénatales donne généralement un chiffre approximatif relativement fiable de la prévalence dans l'ensemble de la population. Le nombre croissant d'enquêtes de prévalence conduites auprès des populations d'Afrique subsaharienne, l'existence de données de surveillance améliorées et de meilleures analyses nationales ont donné dans plusieurs pays de nouvelles estimations de la prévalence inférieures à celles qui avaient été initialement estimées. Depuis 2000, des enquêtes nationales de population ont été conduites dans 20 pays, dont 19 en Afrique subsaharienne, notamment dans les pays les plus peuplés, comme par exemple l'Afrique du Sud et l'Éthiopie. Parallèlement à l'organisation de ces enquêtes, plusieurs pays ont amélioré leur surveillance sentinelle et ajouté aux premiers sites, essentiellement urbains, de nouveaux « sites sentinelles » situés en zone rurale où la prévalence est moindre. Ces efforts ont conduit à des estimations plus fiables de la prévalence globale du VIH/Sida dans plusieurs pays, comme par exemple au Burkina Faso, en Éthiopie et au Lesotho.

Grâce à ces données et aux nouvelles estimations qui en découlent, le nombre de personnes infectées par le VIH/Sida en Afrique subsaharienne fin 2005 était estimé à 24,5 millions contre 28,5 millions fin 2001 (ONUSIDA, 2002). L'estimation du taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans en Afrique subsaharienne s'est ainsi trouvée réduite de 9 % fin 2001 à 6 % fin 2005, sans que l'on puisse affirmer que cette diminution correspond à une diminution réelle de la prévalence du VIH/Sida.

En fait, entre 2001 et 2005, l'estimation de la prévalence du VIH/Sida a été révisée à la baisse dans 34 pays, et révisée à la hausse dans 9 autres. Dans 4 pays (Comores, Réunion, Sao Tomé et Príncipe et Cap-Vert) à faible prévalence (moins de 2 %), on ne dispose que d'une seule estimation (voir tableau 8). Concernant le Liberia, la publication en juillet 2007 des résultats de l'enquête démographique et de santé réalisée en début d'année a donné une nouvelle estimation de la prévalence pour les deux sexes dans ce pays : elle serait de 1,5 %, alors que l'unique estimation disponible auparavant pour l'année 2003 était de 5,9 % ! Malgré le nombre important de pays où les estimations ont été révisées à la baisse, et ce souvent de manière très importante (voir figure 1), la prévalence du VIH ne semble avoir baissé de manière significative parmi les jeunes que dans quelques pays depuis 2000-2001 : « au Kenya [...] dans les zones urbaines de Côte d'Ivoire, du Malawi et du Zimbabwe, et dans les zones rurales du Botswana » (ONUSIDA, 2006b : 8).

Au-delà de cette révision salutaire des données, la prévalence du VIH/Sida semble s'être stabilisée, mais ce à des niveaux toujours très élevés, notamment en Afrique australe, qui demeure l'épicentre mondial de l'épidémie.

L'impact de ces épidémies sur la mortalité est beaucoup plus variable et complexe qu'on ne le croit généralement. À ce sujet, le croisement des niveaux de prévalence du VIH/Sida fin 2005 avec les espérances de vie à la naissance données par les Nations unies pour 2000-2005 fait apparaître cinq grands groupes (tableau 9).

Tableau 9. Classement des pays selon le taux de prévalence du VIH/Sida chez les adultes fin 2005 (en %) et l'espérance de vie à la naissance en 2000-2005

Eo en 2000-05. 2 ^e chiffre (xx/43)	Taux de prévalence du VIH/Sida chez les adultes fin 2005 (en %)		
	En 2000-05. 1 ^{er} chiffre, exemple Centrafrique (10,7 %/xx)		
	Supérieur ou égal à 10 %	De 3 % à moins de 10 %	Moins de 3 %
45 ans et moins	<u>Afrique centrale :</u> Centrafrique (10,7 %/43) <u>Afrique de l'Est :</u> Malawi (14,1 %/45) Mozambique (16,1 %/44) Zambie (17,0 %/39) Zimbabwe (20,1 %/40) <u>Afrique australe :</u> Swaziland (33,4 %/44) Lesotho (23,2 %/45) 7 pays	<u>Afrique centrale :</u> Angola (3,7 %/41) Congo (R.D.) (3,2 %/45) <u>Afrique de l'Est :</u> Rwanda (3,1 %/43) 3 pays	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Liberia (1,5 %/44) Sierra Leone (1,6 %/41) 2 pays
	Total Groupe 2 = 5 pays		
Entre 46 ans et 55 ans	<u>Afrique australe :</u> Afrique du Sud (18,8 %/53) Botswana (24,1 %/47) Namibie (19,6 %/52) 3 pays	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Côte d'Ivoire (7,1 %/47) Guinée-Bissau (3,8 %/46) Nigeria (3,9 %/47) <u>Afrique centrale :</u> Cameroun (5,4 %/50) Congo (5,3 %/53) Guinée équatoriale (3,2 %/49) Tchad (3,5 %/51) <u>Afrique de l'Est :</u> Burundi (3,3 %/47) Djibouti (3,1 %/53) Éthiopie (4,4 %/51) Kenya (6,1 %/51) Ouganda (6,7 %/48) Tanzanie (6,5 %/50)	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Bénin (1,8 %/54) Burkina Faso (2,0 %/51) Guinée (1,5 %/54) Mali (1,7 %/52) Niger (1,1 %/55) <u>Afrique de l'Est :</u> Érythrée (2,4 %/55) Somalie (0,9 %/46)
	Total Groupe 1 = 10 pays	Total Groupe 3 = 13 + 2 pays	Total Groupe 4 = 7 pays
56 ans et plus		<u>Afrique de l'Ouest :</u> Togo (3,2 %/58) <u>Afrique centrale :</u> Gabon (7,9 %/57)	<u>Afrique de l'Ouest :</u> Cap-Vert (0,4 %/70) Gambie (2,4 %/58) Ghana (2,3 %/59) Mauritanie (0,7 %/62) Sénégal (0,9 %/62) <u>Afrique centrale :</u> Sao Tomé et Príncipe (1,5 %/64) <u>Afrique de l'Est :</u> Comores (<1 %/63) Madagascar (0,5 %/57) Maurice (0,6 %/72) Réunion (0,2 %/76) Soudan (1,6 %/56)
		2 pays	Total Groupe 5 = 11 pays

Source : United Nations (2007), ONUSIDA (2006) et autres.

Le premier groupe est constitué de pays où la faiblesse de l'espérance de vie à la naissance (53 ans et moins) s'explique principalement par la forte prévalence du VIH/Sida (avec des taux supérieurs à 10 %). Dix pays, 1 sur 5, appartiennent à ce groupe : les 5 pays d'Afrique australe, les 4 pays proches cités plus haut (Zimbabwe, Zambie, Mozambique, Malawi) et la République centrafricaine. Le deuxième groupe est formé par les pays où la faiblesse de l'espérance de vie à la naissance (45 ans et moins) est due en grande partie aux guerres et à leurs conséquences, la prévalence du VIH/Sida y étant inférieure à 4 %. Cinq pays sont concernés : l'Angola, la République démocratique du Congo, le Rwanda, le Liberia et la Sierra Leone. Le troisième groupe est constitué de pays où le niveau intermédiaire de l'espérance de vie à la naissance (entre 46 et 55 ans) s'explique à la fois par la désorganisation des systèmes sanitaires (suite notamment à des conflits) et par l'épidémie de VIH/Sida, les prévalences dans ces pays étant comprises entre 3 et moins de 10 %. Treize pays (auxquels on peut ajouter le Gabon et le Togo) sont concernés, parmi lesquels sept pays ont des prévalences comprises entre 5 et 8 % (la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Congo, le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie et le Gabon). Le quatrième groupe comprend 7 pays, dont 5 pays d'Afrique de l'Ouest, où le niveau intermédiaire de l'espérance de vie à la naissance (entre 46 et 55 ans) ne s'explique pas par l'épidémie de VIH/Sida (la prévalence y est inférieure à 3 %), mais par la détérioration et la désorganisation des systèmes sanitaires (voir à ce sujet Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Enfin, le cinquième et dernier groupe rassemble les 11 pays de la région (1 sur 4, parmi lesquels 6 îles) qui combinent les espérances de vie à la naissance les plus élevées (56 ans et plus) et les taux de prévalence du VIH/Sida les plus bas. Cette situation plus favorable est le résultat de meilleures conditions générales d'hygiène et d'alimentation, d'une moindre incidence du VIH/Sida (du fait de programmes de prévention efficaces) et de systèmes sanitaires plus performants qu'ailleurs.

La population vivant dans les 10 pays du groupe 1 qui sont les plus infectés représente 15 % de la population totale de l'Afrique subsaharienne. Cependant, compte tenu de la diversité des épidémies, la vigilance reste de mise. En effet, de larges segments de population (parmi les jeunes, les populations rurales isolées, les migrants) ont toujours un faible niveau de connaissance en matière de VIH/Sida, et la multiplication de comportements à risque parmi ces groupes peu informés peut toujours remettre en cause les progrès accomplis jusqu'ici pour contenir l'épidémie. Ceci dit, il faut souligner qu'avec les taux de prévalence révisés actuels aucune décroissance ou stagnation de population n'est anticipée dans aucun des pays les plus affectés d'Afrique australe selon la révision 2006 des projections des Nations unies, alors que les révisions 2004 et 2002 anticipaient des diminutions de population. Il faut noter aussi que l'épidémie de

VIH/Sida en Afrique subsaharienne ne semble pas devoir connaître de modifications majeures dans les années à venir. L'ONUSIDA estime en effet que « dans l'ensemble la prévalence du VIH dans la région paraît s'être stabilisée » et que « dans l'ensemble de la région les taux de nouveaux cas d'infections ont atteint leur point culminant dans les années 1990 et quelques épidémies ont récemment régressé, en particulier au Kenya, au Zimbabwe, et dans les zones urbaines du Burkina Faso » (ONUSIDA, 2006a : 12). Cette tendance favorable est largement le résultat de campagnes de prévention souvent agressives, qui ont conduit à des changements de comportements « positifs » (augmentation du nombre d'adultes n'ayant qu'un seul partenaire, augmentation du nombre de jeunes femmes qui retardent leurs premiers rapports sexuels, utilisation plus fréquente du préservatif, notamment lors de rapports sexuels à risque).

En ce qui concerne l'impact réducteur éventuel de l'épidémie de VIH/Sida sur la fécondité, il faut distinguer les effets physiologiques des effets sur les comportements en matière de procréation. Pour ce qui est des effets physiologiques, il y aurait chez les femmes infectées une augmentation de l'infécondabilité et du risque de fausses couches (Zaba et Gregson, 1998). Il ressort de données sur l'Ouganda, en particulier, que la fécondabilité diminue dans une proportion pouvant atteindre 30 % parmi les femmes séropositives (Stover, 1999). L'impact global de ce phénomène est cependant limité. Si l'on considère en effet que 30 % des femmes sont séropositives (ce qui correspond à une très forte prévalence) et que celles-ci subissent une perte de fécondabilité de 30 %, en supposant tous les autres facteurs inchangés, la fécondité de l'ensemble des femmes ne serait diminuée que d'environ 10 %, soit une baisse par exemple de 6 à 5,4 enfants par femme dans les populations à forte fécondité. L'épidémie de VIH/Sida pourrait également diminuer la fréquence des rapports sexuels et donc la fécondité des personnes séropositives. Mais l'épidémie peut avoir aussi l'effet inverse si la personne du couple qui est infectée (ou les deux) souhaite(nt) absolument avoir des enfants pour répondre aux pressions de la famille élargie et perpétuer leur lignage. Toutefois, les campagnes de prévention basées aujourd'hui sur le triptyque « abstinence, fidélité ou préservatif » sont de nature à encourager l'usage du préservatif, non seulement pour se protéger contre le VIH/Sida et les autres maladies sexuellement transmissibles, mais aussi pour éviter les grossesses non désirées. Reste qu'il est impossible de dégager, à partir des données globales utilisées ici, une relation quelconque entre niveaux de prévalence du VIH/Sida et niveaux de fécondité. En effet, l'association que l'on peut mettre en évidence entre niveaux de fécondité intermédiaires (de 3 à 5 enfants par femme) et prévalences élevées du VIH/Sida concerne les pays d'Afrique australe et quelques pays voisins où la baisse de la fécondité a commencé dans les années 1960 ou 1970, donc avant le début de l'épidémie de VIH/Sida.

Évolution de la fécondité et programmes de planification familiale

Si l'on a constaté l'amorce d'un déclin de la fécondité dans les années 1980 en Afrique subsaharienne, l'ampleur, le rythme et la durabilité de ce déclin restent toutefois incertains et susceptibles de fortes variations d'un pays à l'autre.

Les niveaux de fécondité et leur évolution sont fonction de divers facteurs, regroupés généralement en « déterminants proches » et « déterminants socio-économiques ». Les déterminants proches qui comprennent, entre autres, l'utilisation de la contraception, le fait d'être en union, le recours à l'avortement, etc. (nous y reviendrons), sont définis comme les facteurs au travers desquels s'opère directement la maîtrise de la fécondité. Ils correspondent donc à des mécanismes relativement « immédiats » de la régulation de la fécondité. Les déterminants socio-économiques, quant à eux, sont des variables indépendantes plus « lointaines » qui correspondent globalement à des facteurs socio-économiques, institutionnels et culturels, tels que les niveaux d'instruction, la condition des femmes, les taux d'emploi, les systèmes de santé, etc. Les interactions entre ces deux groupes de variables sont complexes et toujours sujettes à débats. Certes, les niveaux d'instruction, la condition des femmes, etc. sont actuellement loin d'être favorables à une baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne (Lloyd *et al.*, 2000). Mais cela ne veut pas dire pour autant que des programmes de planification familiale, développés sans que le soient parallèlement la scolarisation, l'amélioration du statut des femmes, etc., conduiront mécaniquement à des baisses rapides de la fécondité. En fait, l'impact d'un programme de planification familiale peut être d'autant plus important et rapide que la population est éduquée et l'environnement social et institutionnel favorable. À condition, bien sûr, que les investissements consentis en faveur du programme de planification familiale soient importants et s'inscrivent dans la durée, et aussi que les services offerts soient accessibles et de qualité. Les exemples du Kenya et du Ghana sont révélateurs des illusions entretenues à ce sujet. Ces deux pays ont en effet adopté des politiques de population dès les années 1960 et 1970. Mais le manque de continuité dans les efforts s'est traduit par des résultats modestes, puisque la fécondité dans ces pays était toujours relativement élevée en 2000-2005 (elle était de 4,4 enfants par femme au Ghana et de 5,0 enfants par femme au Kenya). À l'inverse, la réduction majeure de la fécondité, réalisée dans la plupart des pays d'Asie et d'Amérique latine en une quarantaine d'années, semble être surtout le résultat d'efforts soutenus, publics et/ou privés, en faveur de la diffusion de l'utilisation de la contraception. On est ainsi passé d'environ 10 % seulement des femmes asiatiques et latino-américaines en union

utilisant une méthode de contraception en 1960, à près de 70 % en 2000 (65 % en Asie et 74 % en Amérique latine), pourcentages d'utilisatrices qui sont très proches de celui estimé pour l'ensemble des pays développés (71 %) (United Nations, 2004a). Cette « révolution contraceptive » s'est opérée dans des contextes économiques très contrastés, ce qui suggère que le développement n'est pas non plus nécessairement la meilleure pilule et que les campagnes d'information et d'éducation, ainsi que les programmes publics et privés mis en œuvre en santé de la reproduction, sont susceptibles de rencontrer un certain succès.

Les exemples précédents montrent bien qu'il faut éviter d'opposer, comme mécanisme de réduction de la fécondité, d'un côté les programmes de planification et les progrès rapides de la contraception, et de l'autre les progrès de l'éducation et de l'environnement social et institutionnel. En Afrique subsaharienne, pourtant, de nombreux dirigeants politiques et responsables de la société civile pensent toujours que l'amorce et le rythme de la baisse de la fécondité dépendent principalement de facteurs socio-économiques favorables et que les programmes de planification familiale ne sont pas prioritaires. S'il y a bien une corrélation entre certains indicateurs de développement et les niveaux de fécondité, cette relation n'apparaît en fait valable (au travers d'analyses transversales, ou « *cross-country analysis* ») que pour l'ensemble du processus, nécessairement très long, de développement (Guengant, 2002a). Une étude des Nations unies (United Nations, 2002a) souligne à ce sujet que des indicateurs socio-économiques défavorables ne constituent pas, contrairement aux idées reçues, des obstacles insurmontables à la maîtrise progressive de la fécondité et à l'augmentation parallèle de l'utilisation de la contraception. Cette étude montre aussi le rôle essentiel que jouent la diffusion des idées nouvelles (par divers canaux, y compris les campagnes d'information et d'éducation) et l'exemple montré par les premières personnes qui adoptent ces idées dans les processus de maîtrise de la fécondité observés au cours des dernières décennies dans le monde en développement.

Les relations entre niveaux de fécondité et variables socio-économiques étant traitées ailleurs dans cet ouvrage (voir en particulier les chapitres 3 et 5), nous nous concentrerons ici sur les « déterminants proches » de la fécondité et les programmes de planification familiale. Nous examinerons successivement l'évolution récente de la fécondité dans les divers pays de la région, puis les déterminants proches, en particulier l'évolution de la pratique de la contraception et les programmes de planification familiale. Nous essaierons enfin d'évaluer si l'approche globale basée sur la santé de la reproduction et les droits reproductifs individuels, qui a été retenue dans le « Programme d'action de 20 ans » adopté par 179 pays au Caire en 1994 (Nations unies, 1995), a permis, au

cours de ces dernières années, des avancées significatives vers « l'accès universel aux services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale », en Afrique subsaharienne.

Des transitions de la fécondité à plusieurs vitesses

Selon la reconstitution des dynamiques démographiques, effectuée par les Nations unies de 1950 à 2005 (United Nations, 2007), les indices synthétiques de fécondité sont restés élevés et ont peu varié jusqu'au début des années 1980 dans la quasi-totalité des 48 pays d'Afrique subsaharienne. Nous avons donc essayé de caractériser les transitions de fécondité en cours, à partir des changements observés durant les vingt dernières années, c'est-à-dire entre les périodes 1980-1985 et 2000-2005 (tableau 10). Cet exercice fait ressortir quatre types de transitions.

Le premier type, qui ne concerne que 3 pays, correspond à une transition que l'on peut qualifier « d'ancienne » dans le contexte subsaharien, puisque la baisse de la fécondité s'y est amorcée clairement dans les années 1960, comme en Asie et en Amérique latine. Il s'agit de l'Afrique du Sud, de Maurice et de la Réunion, dont les niveaux de fécondité en 1980-1985 étaient respectivement de 4,6, 2,5 et 2,9 enfants par femme, et inférieurs à 3 enfants par femme en 2000-2005.

Le deuxième type correspond à une transition récente et rapide, amorcée dans les années 1980, avec une baisse significative de la fécondité, de 2 à 3 enfants environ entre 1980-1985 et 2000-2005 (soit au moins un enfant par décennie). Douze pays correspondent à cette définition. Tous avaient des niveaux de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme en 1980-1985, et généralement inférieurs à 5 enfants par femme en 2000-2005 (à l'exception du Rwanda qui constitue un cas à part dans ce groupe, avec une fécondité estimée à 6 enfants par femme).

Tableau 10. Évolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1980-1985 et 2000-2005

Régions	Pays	Indice synthétique de fécondité		Différence 1980-1985 2000-2005	Diminution moyenne par période de 10 ans
		1980-1985	2000-2005		
Transition ancienne 3 pays					
Afrique australe	Afrique du Sud	4,6	2,8	-1,8	-0,9
Afrique de l'Est	Maurice	2,5	1,9	-0,5	-0,3
Afrique de l'Est	Réunion	2,9	2,5	-0,4	-0,2
Transition récente rapide 12 pays					
Afrique de l'Est	Zimbabwe	6,7	3,6	-3,2	-1,6
Afrique australe	Namibie	6,5	3,6	-2,9	-1,4
Afrique australe	Botswana	6,0	3,2	-2,8	-1,4
Afrique de l'Ouest	Cap-Vert	6,5	3,8	-2,7	-1,3
Afrique australe	Swaziland	6,5	3,9	-2,6	-1,3
Afrique de l'Est	Rwanda	8,5	6,0	-2,5	-1,2
Afrique de l'Ouest	Côte d'Ivoire	7,4	5,1	-2,4	-1,2
Afrique de l'Est	Kenya	7,2	5,0	-2,2	-1,1
Afrique de l'Est	Comores	7,1	4,9	-2,2	-1,1
Afrique de l'Ouest	Ghana	6,5	4,4	-2,1	-1,1
Afrique de l'Est	Djibouti	6,6	4,5	-2,1	-1,0
Afrique centrale	Sao Tomé	6,2	4,3	-1,9	-1,0
Transition récente lente 18 pays					
Afrique de l'Ouest	Sénégal	7,0	5,2	-1,8	-0,9
Afrique australe	Lesotho	5,5	3,8	-1,7	-0,8
Afrique centrale	Gabon	5,0	3,4	-1,6	-0,8
Afrique de l'Ouest	Togo	6,9	5,4	-1,5	-0,8
Autre	Soudan	6,3	4,8	-1,5	-0,8
Afrique centrale	Cameroun	6,4	4,9	-1,5	-0,7
Afrique de l'Est	Malawi	7,5	6,0	-1,5	-0,7
Afrique de l'Ouest	Mauritanie	6,2	4,8	-1,4	-0,7
Afrique de l'Ouest	Burkina Faso	7,7	6,4	-1,3	-0,7
Afrique de l'Ouest	Gambie	6,5	5,2	-1,3	-0,7
Afrique de l'Est	Zambie	7,0	5,7	-1,3	-0,7
Afrique de l'Ouest	Bénin	7,1	5,9	-1,3	-0,6
Afrique centrale	Congo	6,0	4,8	-1,2	-0,6
Afrique de l'Ouest	Guinée	7,0	5,8	-1,2	-0,6
Afrique de l'Est	Madagascar	6,4	5,3	-1,1	-0,6
Afrique de l'Est	Ethiopie	6,8	5,8	-1,1	-0,5
Afrique de l'Ouest	Nigeria	6,9	5,9	-1,1	-0,5
Afrique de l'Est	Erythrée	6,5	5,5	-1,0	-0,5
Transition timide ou non amorcée 15 pays					
Afrique de l'Est	Mozambique	6,4	5,5	-0,9	-0,5
Afrique de l'Est	Tanzanie	6,6	5,7	-0,9	-0,4
Afrique de l'Ouest	Mali	7,6	6,7	-0,9	-0,4
Afrique de l'Est	Somalie	7,2	6,4	-0,8	-0,4
Afrique centrale	Centrafrique	5,7	5,0	-0,7	-0,4
Afrique de l'Ouest	Niger	8,1	7,5	-0,6	-0,3
Afrique centrale	Angola	7,2	6,8	-0,5	-0,2
Afrique de l'Est	Ouganda	7,1	6,8	-0,4	-0,2
Afrique centrale	Tchad	6,8	6,5	-0,2	-0,1
Afrique centrale	Guinée équatoriale	5,8	5,6	-0,2	-0,1
Afrique de l'Ouest	Liberia	6,9	6,8	-0,1	-0,1
Afrique de l'Ouest	Guinée-Bissau	7,1	7,1	0,0	0,0
Afrique de l'Ouest	Sierra Leone	6,5	6,5	0,0	0,0
Afrique centrale	Congo (R.D.)	6,7	6,7	0,0	0,0
Afrique de l'Est	Burundi	6,8	6,8	0,0	0,0

Source : United Nations (2007).

Le troisième type correspond à une transition de la fécondité récente et lente, amorcée également dans les années 1980 mais caractérisée par une baisse plus modeste de la fécondité (1,0 à 1,8 enfant par femme entre 1980-1985 et 2000-2005, soit de 0,5 à moins de 1 enfant par décennie). Dix-huit pays correspondent à cette définition. Ils avaient tous des niveaux de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme en 1980-1985 (Lesotho et Gabon exceptés) et compris globalement entre 5 et 6 enfants par femme en 2000-2005 (hormis à nouveau le Lesotho et le Gabon qui, du fait de leur fécondité initiale plus faible, avaient des niveaux de fécondité inférieurs à 4 enfants par femme en 2000-2005).

Le quatrième et dernier type correspond à une transition de la fécondité timide, voire non amorcée. La baisse de la fécondité y est en effet très lente, comprise entre 0 et 0,9 enfant par femme entre 1980-1985 et 2000-2005 (soit moins de 0,5 enfant par décennie). Quinze pays sont concernés, dont huit ont connu des guerres longues qui ont désorganisé leurs services publics et de santé, et pour lesquels les données récentes peuvent être déficientes. Tous ces pays avaient des niveaux de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme en 1980-1985 (excepté la Guinée équatoriale) et il en était de même en 2000-2005 pour la plupart d'entre eux (11 pays sur 15).

La transition de la fécondité amorcée dans les années 1980 paraît ainsi globalement lente. En effet, elle n'est rapide ou ancienne que dans un tiers des pays (15 pays sur 48), qui ne représentaient en 2005 que 20 % de la population de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Et elle est récente mais lente, ou timide, ou non amorcée, dans 2 pays sur 3 (33 pays), qui représentaient, en 2005, 80 % de la population (50 % pour les 18 pays à transition récente lente et 30 % pour les 15 pays à transition timide ou non amorcée).

Ce diagnostic à partir des moyennes nationales doit cependant être nuancé, compte tenu des baisses plus importantes observées en milieu urbain ainsi que parmi les segments les plus éduqués de la population. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées depuis le milieu des années 1980 en Afrique subsaharienne donnent des résultats croisés avec diverses caractéristiques socio-économiques qui permettent donc de mesurer les différences de fécondité selon ces caractéristiques (ORC Macro, 2007). On dispose de telles données pour 35 des 48 pays de la région représentant près de 90 % de la population de l'Afrique subsaharienne, et 30 de ces enquêtes ont moins de dix ans (tableau 11).

Tableau 11. Indice synthétique de fécondité par lieu de résidence et niveau d'éducation selon les résultats des enquêtes démographiques et de santé

Pays Année de l'enquête	Ensemble du pays	Résidence		Niveau d'éducation			Différence d'ISF		
		Rural	Urbain	Aucun	Primaire	Secondaire et plus	Urbain - rural	Primaire - aucune	Secondaire - primaire
Afrique de l'Ouest									
Bénin 2001	5,6	4,4	6,4	6,3	4,9	3,6	-1,2	-1,4	-1,3
Burkina Faso 2003	5,9	3,4	6,5	6,3	4,5	2,5	-2,5	-1,8	-2,0
Côte d'Ivoire 1998-99	5,2	4,0	6,0	6,1	4,7	2,3	-1,2	-1,4	-2,4
Ghana 2003	4,4	3,1	5,6	6,0	5,3	3,2	-1,3	-0,7	-2,1
Guinée 2005	5,7	4,4	6,3	6,2	5,1	3,3	-1,3	-1,1	-1,8
Liberia 1986 *	6,7	6,0	7,1	6,9	7,3	4,7	-0,7	0,4	-2,6
Mali 2001	6,8	5,5	7,3	7,1	6,6	4,1	-1,3	-0,5	-2,5
Mauritanie 2000-01	4,5	4,1	4,8	4,8	4,7	3,2	-0,4	-0,1	-1,5
Niger 1998	7,2	5,6	7,6	7,5	6,2	4,8	-1,6	-1,3	-1,4
Nigeria 2003	5,7	4,9	6,1	6,7	6,3	4,2	-0,8	-0,4	-2,1
Sénégal 2005	5,3	4,1	6,4	6,0	4,8	2,9	-1,2	-1,2	-1,9
Togo 1998	5,2	3,2	6,3	6,3	4,6	2,7	-2,0	-1,7	-1,9
Afrique centrale									
Cameroun 2004	5,0	4,0	6,1	6,3	5,6	3,5	-1,0	-0,7	-2,1
Centrafrique 1994-95*	5,1	4,9	5,2	5,1	5,3	3,9	-0,2	0,2	-1,4
Congo 2005	4,8	3,8	6,1	6,2	6,3	4,0	-1,0	0,1	-2,3
Gabon 2000	4,2	3,8	6,0	5,1	5,3	3,5	-0,4	0,2	-1,8
Tchad 2004	6,3	5,7	6,5	6,3	7,4	4,2	-0,6	1,1	-3,2
Afrique de l'Est									
Burundi 1987*	6,9	5,1	7,0	7,0	6,9	5,8	-1,8	-0,1	-1,1
Comores 1996*	4,6	3,8	5,0	5,3	4,8	3,6	-0,8	-0,5	-1,2
Erythrée 2002	4,8	3,5	5,7	5,5	4,2	3,1	-1,3	-1,3	-1,1
Ethiopie 2005	5,4	2,4	6,0	6,1	5,1	2,0	-3,0	-1,0	-3,1
Kenya 2003	4,9	3,3	5,4	6,7	5,5	3,2	-1,6	-1,2	-2,3
Madagascar 2003-04	5,2	3,7	5,7	6,5	5,7	3,4	-1,5	-0,8	-2,3
Malawi 2004	6,0	4,2	6,4	6,8	6,2	3,8	-1,8	-0,6	-2,4
Mozambique 2003	5,5	4,4	6,1	6,3	5,3	2,9	-1,1	-1,0	-2,4
Ouganda 2000-01	6,9	4,0	7,4	7,8	7,3	3,9	-2,9	-0,5	-3,4
Rwanda 2005	6,1	4,9	6,3	6,9	6,1	4,3	-1,2	-0,8	-1,8
Tanzanie 2004	5,7	3,6	6,5	6,9	5,6	3,3	-2,1	-1,3	-2,3
Zambie 2001-02	5,9	4,3	6,9	7,4	6,5	3,9	-1,6	-0,9	-2,6
Zimbabwe 1999	4,0	3,0	4,6	5,2	4,5	3,3	-1,0	-0,7	-1,2
Afrique australe									
Afrique du Sud 1998	2,9	2,3	3,9	4,5	3,7	2,5	-0,6	-0,8	-1,2
Botswana 1998	4,9	3,8	5,3	5,8	4,8	3,4	-1,1	-1,0	-1,4
Lesotho 2004	3,5	1,9	4,1	5,2	4,0	2,9	-1,6	-1,2	-1,1
Namibie 2000	4,2	3,1	5,1	6,3	5,0	3,3	-1,1	-1,3	-1,7
Soudan 1990*	4,7	3,9	5,3	5,5	4,7	3,2	-0,8	-0,8	-1,5

Source : ORC Macro (2007).

* Enquête réalisée il y a plus de dix ans.

Les résultats révèlent sans surprise que la fécondité en milieu urbain est partout inférieure à la fécondité en milieu rural, mais avec des écarts très variables selon les pays. Dans 4 pays (Éthiopie, Ouganda, Burkina Faso et Togo), elle est en gros de 50 % inférieure, avec un écart de 3 à 3,6 enfants par femme. Dans la moitié des autres pays (16 pays), elle est inférieure d'environ 30 à 45 % et l'écart est de 2 à moins de 3 enfants, et dans la moitié restante (15 pays), elle est inférieure en gros de 15 à 30 % et l'écart est de moins de 2 enfants par femme. Par ailleurs, la fécondité urbaine paraît toujours globalement non négligeable. Elle est égale ou supérieure à 4 enfants par femme dans la moitié des pays pour lesquels on dispose de données (18 pays sur 35) et elle est comprise entre 3 et moins de 4 enfants par femme dans 14 autres pays. Elle n'est donc inférieure à 3 enfants par femme que dans 3 pays (Lesotho, Afrique du Sud et Éthiopie). Certes, par rapport au milieu rural, l'urbanisation est associée à une fécondité plus faible, mais, on l'a vu, les écarts entre fécondité rurale et fécondité urbaine restent très variables. On peut dire, par conséquent, que la poursuite du processus d'urbanisation sera certainement un facteur facilitant la réduction de la fécondité, mais que l'urbanisation n'aura pas nécessairement partout des effets importants de réduction de la fécondité moyenne au niveau national.

L'examen sans surprise des données des 35 enquêtes démographiques et de santé disponibles sur la fécondité selon le niveau d'instruction révèle également que la fécondité est plus faible parmi les personnes les plus éduquées (tableau 11). Toutefois, les écarts ne sont pas très importants d'un niveau d'éducation à l'autre. Certes, dans un peu plus d'un tiers des pays (15 pays sur 35), les femmes ayant un niveau d'éducation primaire ont entre 1 et 1,8 enfant de moins que celles qui ne sont pas allées à l'école (soit une fécondité moindre de 15 à 30 % environ). Mais dans les autres pays, la différence de fécondité entre les deux groupes de femmes n'est que de 0,4 à 0,9 enfant dans 13 pays (soit une fécondité moindre de 6 à 15 % pour les femmes ayant un niveau d'éducation primaire) et, dans 7 pays, il n'y a pratiquement pas de différence (la fécondité des femmes qui ont un niveau d'éducation primaire étant quasiment identique, voire supérieure, à celle des femmes qui ne sont pas allées à l'école). Les écarts sont plus importants entre les femmes qui ont un niveau d'éducation secondaire ou plus et celles qui ont seulement un niveau d'éducation primaire. Dans la moitié des pays (17 sur 35), les premières ont en moyenne 2 enfants de moins que les secondes (c'est-à-dire en gros une fécondité de 30 à 60 % inférieure) et même 3 enfants de moins dans 3 pays (l'Ouganda, le Tchad et l'Éthiopie). Mais dans l'autre moitié (18 pays sur 35), les femmes ayant au moins une éducation secondaire n'ont en moyenne que 1,1 à 1,9 enfant de moins que celles qui ont un niveau d'éducation primaire (soit en gros une fécondité de 20 à 40 %

inférieure). Finalement, la fécondité paraît toujours très forte chez les femmes qui ne sont pas allées à l'école (elle est supérieure à 6 enfants par femme dans 25 pays sur 35), mais aussi chez les femmes qui ont seulement un niveau d'éducation primaire (elle reste en effet supérieure à 5 enfants par femme dans 22 pays). Elle ne paraît mieux maîtrisée que chez les femmes qui ont un niveau d'éducation secondaire ou plus, puisque, dans près de 4 pays sur 5 (27 pays sur 35), leur fécondité est inférieure à 4 enfants (et même inférieure à 3 enfants dans 8 pays). Cependant, les femmes qui ont au moins un niveau d'éducation secondaire ne représentent généralement aujourd'hui qu'un faible pourcentage de l'ensemble des femmes en âge de procréer dans les pays de la région. Non seulement la scolarisation dans le primaire n'est pas universelle dans nombre de pays, mais la scolarisation dans le secondaire reste aussi particulièrement faible. En effet, d'après les données du PNUD, le taux net de scolarisation dans le secondaire était inférieur à 30 % dans près des trois quarts des pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels on disposait de données en 2004 (23 pays sur 32) (PNUD, 2006). Au total, la scolarisation au niveau secondaire des femmes en âge de procréer reste donc un facteur susceptible de contribuer de manière importante à une réduction de la fécondité en Afrique subsaharienne. Cependant, compte tenu des faibles niveaux de scolarisation actuels (dans le primaire mais surtout dans le secondaire), plusieurs décennies seront nécessaires dans la plupart des pays pour qu'une majorité de femmes de 15 à 45 ans aient un niveau d'éducation secondaire.

La révolution contraceptive n'a pas encore vraiment commencé

Examinons maintenant les déterminants proches qui sous-tendent les évolutions contrastées de la fécondité que l'on vient de décrire. Les déterminants proches qui influent le plus directement sur les niveaux de fécondité sont : le mariage ou le fait de vivre en union, l'insusceptibilité post-partum, l'avortement, la stérilité et l'utilisation de la contraception, qu'il faut coupler avec l'efficacité des méthodes utilisées. John Bongaarts a formalisé dans le modèle qui porte son nom la relation entre indice synthétique de fécondité (ISF) et déterminants proches, à l'aide d'indices de réduction de la fécondité dite naturelle (voir encadré ci-après) (Bongaarts, 1978).

« Les déterminants proches de la fécondité »

Les déterminants proches de la fécondité sont en fait les facteurs au travers desquels s'opère directement la maîtrise de la fécondité, qui, en l'absence de ces facteurs, pourrait atteindre 15,3 enfants par femme en moyenne (fécondité dite naturelle théorique). Les principaux facteurs de maîtrise de la fécondité, ou déterminants proches, sont :

- le mariage ou le fait de vivre en union ;
- l'insusceptibilité post-partum ;
- l'avortement ;
- la stérilité ;
- l'utilisation de la contraception.

Dans le modèle qui porte son nom, John Bongaarts a formalisé la relation entre indice synthétique de fécondité (ISF) et déterminants proches, à l'aide d'indices de réduction de la fécondité naturelle. On calcule ainsi pour chacun des déterminants un indice compris entre 0 et 1, la valeur 0 correspondant à une réduction intégrale, c'est-à-dire réduisant la fécondité à zéro, et la valeur 1 correspondant à un effet de réduction nul, c'est-à-dire sans effet réducteur sur la fécondité naturelle.

La formule développée par John Bongaarts est la suivante :

$$\text{ISF} = (\text{Cm} \times \text{Ci} \times \text{Ca} \times \text{Cs} \times \text{Cc}) \times \text{FN}$$

où
 Cm est l'indice de mariage ;
 Ci est l'indice d'insusceptibilité post-partum ;
 Ca est l'indice d'avortement ;
 Cs est l'indice de stérilité définitive* ;
 Cc est l'indice de contraception ;
 FN est la fécondité naturelle (estimée à 15,3 enfants par femme).

C'est ainsi que, dans les pays en développement, où le mariage est précoce et généralisé, où l'allaitement est long, où l'usage de la contraception et le recours à l'avortement sont faibles, un nombre moyen de 6,7 enfants par femme peut être associé aux valeurs des indices de Bongaarts suivantes :

$$\begin{aligned} \text{ISF} &= (\text{Cm} \times \text{Ci} \times \text{Ca} \times \text{Cs} \times \text{Cc}) \times \text{FN} \\ 6,70 &= (0,9 \times 0,6 \times 1,0 \times 0,9 \times 0,9) \times 15,3 \end{aligned}$$

La maîtrise de la fécondité, dans ce cas, est surtout la conséquence de l'importance de l'insusceptibilité post-partum ($\text{Ci} = 0,6$), c'est-à-dire de l'espacement des naissances résultant de l'allaitement prolongé des enfants, souvent associé à des périodes d'abstinence plus ou moins longues. Les autres indices (de mariage, d'avortement, de stérilité et de contraception) sont alors généralement proches de 1.

Dans les pays développés, en revanche, où le mariage est tardif et l'allaitement court, où la stérilité non pathologique reste rare, où l'usage de la contraception est généralisé et le recours à l'avortement souvent non négligeable, un nombre moyen de 2,0 enfants par femme peut être associé aux valeurs des indices de Bongaarts suivantes :

$$\begin{aligned} \text{ISF} &= (\text{Cm} \times \text{Ci} \times \text{Ca} \times \text{Cs} \times \text{Cc}) \times \text{FN} \\ 2,00 &= (0,5 \times 0,9 \times 0,8 \times 0,9 \times 0,4) \times 15,3 \end{aligned}$$

La maîtrise de la fécondité est dans ce cas essentiellement le résultat de la pratique généralisée de la contraception ($\text{Ci} = 0,4$) et d'un pourcentage relativement faible de mariages ($\text{Cm} = 0,5$).

Lorsque l'on dispose des données nécessaires, le modèle de Bongaarts permet ainsi d'expliquer les différences de niveaux de fécondité entre pays et d'apprécier le jeu des divers déterminants proches au cours de la transition de la fécondité. Il permet aussi de voir les déterminants sur lesquels il est possible d'agir au travers de divers programmes.

* Ou pourcentage de femmes de 45-49 ans qui n'ont jamais eu d'enfants.

Ces déterminants sont d'importance diverse selon les sous-régions et les pays. Ainsi en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et en Afrique de l'Est, les faibles niveaux de pratique contraceptive au début des années 2000 (12 % en Afrique de l'Ouest, 21 % en Afrique centrale et 24 % en Afrique de l'Est) expliquent largement les niveaux de fécondité élevés, proches de 6 enfants par femme, observés jusqu'à la fin des années 1990 dans ces trois sous-régions. Cependant, alors qu'en Afrique de l'Est environ 80 % des utilisatrices avaient recours à une méthode moderne, en Afrique de l'Ouest elles n'étaient que 60 % et en Afrique centrale 36 %. Dans cette sous-région, le recours à des méthodes peu efficaces – traditionnelles, folkloriques et autres – reste en effet largement dominant, et l'efficacité moyenne des méthodes utilisées n'est que de 60 %, ce qui conduit nécessairement à des grossesses non planifiées⁷ (Guengant et May, 2006). En Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et en Afrique de l'Est, également, le pourcentage de femmes en union était relativement important (de 65 à 70 %), mais ce facteur favorable à la fécondité était compensé par une durée moyenne élevée de l'insusceptibilité post-partum (de 16 à 19 mois) favorisant l'espacement des naissances. En Afrique australe, en revanche, tous les facteurs concourent à une fécondité relativement basse (environ 3 enfants par femme). En effet, plus d'une femme en union sur deux (55 %) utilise une méthode de contraception et il s'agit, dans 98 % des cas, de méthodes modernes, efficaces. Le pourcentage de femmes en union y est faible (45 % seulement) et la durée de l'insusceptibilité post-partum est de 12 mois, ce qui reste relativement élevé par rapport à ce que l'on observe ailleurs dans le monde. Il existe donc bien en Afrique subsaharienne plusieurs modèles de régulation de la fécondité dite naturelle et de transition de la fécondité.

On dispose de données sur les niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne pour 40 pays représentant 98 % de la population de l'Afrique subsaharienne (tableau 12). Ces données ont été collectées au cours des dix dernières années, sauf pour 2 pays (Maurice et le Soudan), et l'année moyenne pondérée de référence des enquêtes correspondantes est 2003. Il s'agit donc de données à la fois exhaustives et récentes. La qualité des données sur l'utilisation des méthodes traditionnelles, folkloriques et autres, est cependant très variable selon les pays et d'une enquête à l'autre. On privilégie donc généralement l'analyse des données sur les méthodes modernes, plutôt que sur l'ensemble des méthodes. C'est pourquoi, dans la figure 2, nous avons classé les pays par sous-région et par ordre décroissant d'utilisation des méthodes modernes selon les données disponibles les plus récentes.

7. En effet, si l'on suppose une fécondabilité moyenne (en l'absence de contraception) de 0,3 et une efficacité des méthodes utilisées de 0,6, la fécondabilité résiduelle est de $(0,3 \times 0,4) = 0,12$. Dans ce cas la moitié des utilisatrices de ces méthodes peu efficaces est enceinte 6 mois après le début de leur utilisation, et 80 % après 12 mois.

Tableau 12. Utilisation de la contraception parmi les femmes en union âgées de 15 à 49 ans : niveaux les plus récents et évolution entre l'enquête la plus ancienne et l'enquête la plus récente

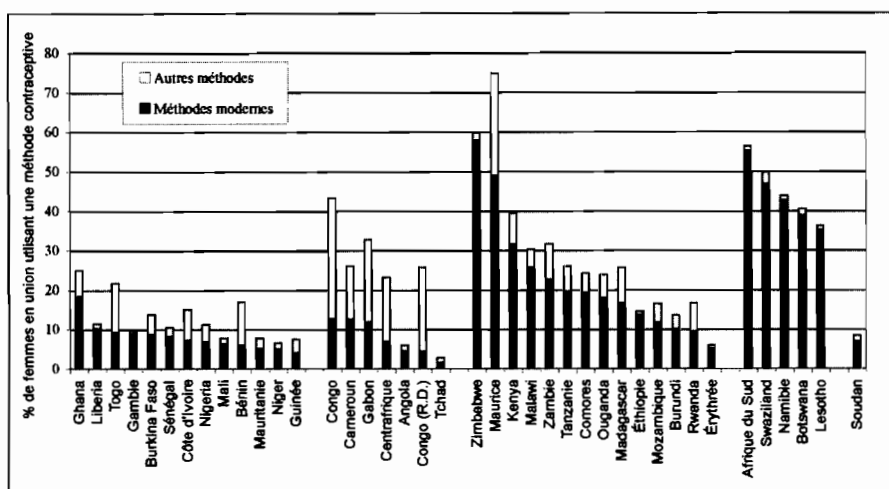
Pays	Année de la dernière enquête	Prévalence de la contraception (1) parmi les femmes en union 15-49 ans		% méthodes modernes	Années de l'enquête la plus ancienne et de l'enquête la plus récente	Point de pourcentage annuel moyen d'augmentation de la prévalence		Nombre d'années entre les enquêtes
		Toutes méthodes	Méthodes modernes			Toutes méthodes	Méthodes modernes	
Afrique de l'Ouest								
Bénin	2006	16,8	6,0	36 %	1981-82/2006	0,3	0,2	25
Burkina Faso	2003	13,7	8,7	64 %	1992-93/2003	0,6	0,4	11
Côte d'Ivoire	1998-99	15,0	7,3	49 %	1980-81/1998-99	0,7	0,4	18
Gambie	2000	9,6	8,9	93 %	1990/2000	-0,2	0,2	10
Ghana	2003	24,9	18,4	74 %	1976/2003	0,8	0,6	27
Guinée	2005	7,4	4,0	54 %	1992-93/2005	0,5	0,2	13
Liberia	2007	11,4	10,2	89 %	1986/2007	0,2	0,2	21
Mali	2006	7,7	6,4	83 %	1987/2006	0,2	0,3	19
Mauritanie	2000-01	7,7	5,1	66 %	1981/2000-01	0,4	0,2	20
Niger	2006	6,5	5,0	77 %	1992/2006	0,2	0,2	14
Nigeria	2003	11,2	6,8	61 %	1981-82/2003	0,3	0,3	22
Sénégal	1999	10,5	8,2	78 %	1978/1999	0,3	0,4	21
Togo	2000	21,7	9,3	43 %	1988/2000	0,8	0,5	12
Afrique centrale								
Angola	2001	5,9	4,5	76 %	1996/2001	-0,4	0,1	5
Cameroun	2004	26,0	12,5	48 %	1978/2004	0,9	0,5	26
Centrafrique	2000	23,1	6,9	30 %	1994-95/2000	1,5	0,7	6
Congo	2005	43,3	12,6	29 %				
Congo (R.D.)	2001	25,6	4,4	17 %	1991/2001	1,8	0,2	10
Gabon	2000	32,7	11,8	36 %				
Tchad	2004	2,8	1,6	57 %	1996-97/2004	-0,2	0,1	8
Afrique de l'Est								
Burundi	2000	13,5	10,0	74 %	1987/2000	0,4	0,7	13
Comores	2000	24,1	19,3	80 %	1996/2000	0,8	2,0	4
Erythrée	2002	5,9	5,1	86 %	1995/2002	0,1	0,2	7
Ethiopie	2005	14,5	13,7	94 %	1990/2005	0,6	0,7	15
Kenya	2003	39,3	31,5	80 %	1977-78/2003	1,3	1,1	26
Madagascar	2003-04	25,5	16,7	65 %	1992/2003-04	0,8	1,0	12
Malawi	2000	30,2	25,7	85 %	1984/2000	1,5	1,4	16
Maurice*	1991	74,7	48,9	65 %	1975/1991	1,8	1,2	16
Mozambique	2003	16,4	11,7	71 %	1997/2003	1,8	1,1	6
Ouganda	2006	23,7	17,9	76 %	1988-89/2006	1,1	0,9	18
Rwanda	2005	16,6	9,5	57 %	1983/2005	0,3	0,4	22
Tanzanie	2004	25,9	19,5	75 %	1991-92/2004	1,2	1,0	13
Zambie	2001-02	31,5	22,6	72 %	1992/2001-02	1,7	1,4	10
Zimbabwe	2005-06	59,7	57,9	97 %	1979/2005-06	1,7	2,0	27
Afrique australe								
Afrique du Sud	1998	56,3	55,1	98 %	1975-76 / 1998	0,9	0,9	23
Botswana	2000	40,4	38,8	96 %	1984/2000	0,8	1,3	16
Lesotho	2004	36,1	35,1	97 %	1977/2004	1,1	1,2	27
Namibie	2000	43,7	42,6	97 %	1992/2000	1,9	2,1	8
Swaziland	2006-07	49,7	46,8	94 %	1988/2006-07	1,6	1,6	19
Soudan*	1992-93	8,3	6,9	83 %	1978-79/1992-93	0,3	0,2	14

Source : ORC Macro (2007), United Nations (2005) et résultats des enquêtes démographiques et de santé publiés en 2006 et 2007 (y compris résultats préliminaires).

(1) L'allaitement maternel non compris.

* Enquête réalisée il y a plus de dix ans.

Figure 2. Prévalence de la contraception parmi les femmes en union de 15 à 49 ans selon les données disponibles les plus récentes



Source : ORC Macro (2007), United Nations (2005) et résultats des enquêtes démographiques et de santé publiés en 2006 et 2007 (y compris résultats préliminaires).

Premier constat : l'utilisation de la contraception moderne en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale restait particulièrement faible au début des années 2000. Elle n'était en effet très proche de 20 % que dans un seul pays (le Ghana) et se situait au mieux autour de 10 % dans une demi-douzaine de pays, le taux le plus faible (2 %) étant enregistré au Tchad. L'utilisation de la contraception était un peu plus importante, quoique contrastée, en Afrique de l'Est (sous-région il est vrai très hétérogène). Cependant, le taux d'utilisation de la contraception moderne n'était de l'ordre de 50 % que dans 2 pays (Zimbabwe et Maurice) et d'environ 30 % au Kenya, les taux se situant entre 10 et 20 % dans la plupart des autres pays. En Afrique australe, en revanche, les taux d'utilisation de la contraception moderne étaient partout relativement élevés et compris en gros entre 35 et 55 %.

Si l'on considère l'ensemble des méthodes de contraception, et non plus les seules méthodes modernes, les niveaux d'utilisation de la contra-

ception augmentent plus ou moins, selon les pays, en fonction de l'importance des méthodes traditionnelles utilisées. C'est ainsi qu'en Afrique centrale, dans les 5 pays où les méthodes traditionnelles sont plus utilisées que les méthodes modernes, les niveaux d'utilisation de la contraception font un bond et deviennent supérieurs à 20 % dans tous les pays, sauf en Angola et au Tchad. En Afrique de l'Ouest, les méthodes traditionnelles sont plus utilisées que les méthodes modernes dans 3 pays seulement : le Togo, la Côte d'Ivoire et le Bénin. Toutefois, leur prise en compte ne fait passer la barre des 20 % d'utilisatrices, toutes méthodes confondues, qu'à 2 pays : le Ghana et le Togo. En Afrique de l'Est, les méthodes modernes représentent partout plus de 70 % de l'ensemble des méthodes, sauf dans 3 pays (Madagascar, Maurice et le Rwanda). La prise en compte des méthodes traditionnelles fait de Maurice (où elles représentent un tiers de l'ensemble des méthodes) le pays d'Afrique subsaharienne où l'utilisation de la contraception est la plus élevée (75 %), ce qui correspond à une maîtrise généralisée de la fécondité. Enfin en Afrique australe, les méthodes modernes sont partout très largement dominantes.

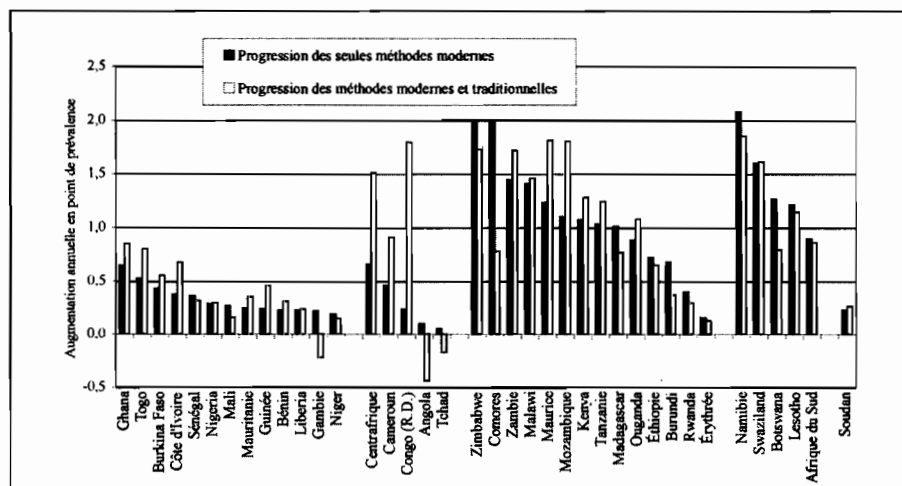
Au total, les taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception sont inférieurs à 20 % dans 30 des 40 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels on dispose de données. Ces pays représentent un peu plus de 80 % de la population de l'Afrique subsaharienne. L'importance de l'utilisation de la contraception moderne est donc bien liée à la rapidité du processus de transition de la fécondité. Il existe en effet une cohérence entre les résultats précédents et ceux trouvés plus haut, qui indiquaient que 80 % de la population de l'Afrique subsaharienne vivait dans les 33 pays où la transition de la fécondité était récente mais lente, ou timide, ou non amorcée. Si l'on considère maintenant l'ensemble des méthodes, les taux d'utilisation sont inférieurs à 20 % dans 21 pays sur 40, qui représentent près de 60 % de la population totale de la région. À titre de comparaison, les taux d'utilisation de la contraception pour l'ensemble des méthodes sont supérieurs à 50 % dans plus de la moitié des pays d'Asie et d'Amérique latine ; seulement 5 pays d'Asie ont des taux inférieurs à 20 % et aucun en Amérique latine (Guengant et Rafalimanana, 2005).

Parmi les 40 pays qui viennent d'être examinés, on dispose de plusieurs enquêtes (au moins deux) pour 38 pays. On peut donc mesurer pour ces pays, qui représentent 97 % de la population de l'Afrique subsaharienne, l'évolution de l'utilisation de la contraception. La durée moyenne (pondérée) entre les enquêtes les plus anciennes dont on dispose et les enquêtes les plus récentes est de seize ans (dix-huit ans pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique australe, quatorze ans pour l'Afrique de l'Est et onze ans pour l'Afrique centrale) (tableau 12). Les résultats

obtenus, exprimés en « point de pourcentage annuel moyen d'augmentation de la prévalence de la contraception », sont présentés par sous-région à la figure 3, en ordre décroissant d'augmentation moyenne annuelle de la prévalence pour les méthodes modernes.

Les croissances annuelles moyennes d'utilisation de la contraception moderne apparaissent particulièrement faibles en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, les croissances les plus élevées n'étant que de 0,7 point par an pour le Ghana et pour la Centrafrique (mais en Centrafrique l'écart de 6 ans seulement entre les deux enquêtes est susceptible d'introduire un biais). En revanche, elles atteignent en Afrique de l'Est et en Afrique australe 2 points de pourcentage par an dans trois pays (le Zimbabwe, la Namibie et les Comores – mais la période couverte n'est longue et significative que pour le Zimbabwe), et dans la plupart des autres pays elles sont comprises entre 1,0 et 1,5 point par an. Seuls deux pays (l'Érythrée et l'Éthiopie) ont des croissances annuelles inférieures à 1 point de pourcentage par an. Il en est de même au Soudan.

Figure 3. Point annuel moyen d'augmentation de l'utilisation de méthodes de contraception (modernes et traditionnelles) parmi les femmes en union de 15 à 49 ans



Source : ORC Macro (2007), United Nations (2005) et résultats des enquêtes démographiques et de santé publiés en 2006 et 2007 (y compris résultats préliminaires).

Pour l'ensemble des méthodes de contraception, les résultats sont la somme de l'augmentation des points annuels de prévalence des méthodes modernes et des méthodes traditionnelles. Pour un peu plus de la moitié des pays (20 sur 38), l'augmentation des points annuels de prévalence pour l'ensemble des méthodes est supérieure à celle concernant les seules méthodes modernes. Cela signifie que, parallèlement à l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne, l'utilisation des méthodes traditionnelles a également continué d'augmenter. L'augmentation de l'utilisation des méthodes traditionnelles entre les deux enquêtes considérées est particulièrement importante dans cinq pays (en République démocratique du Congo, en République centrafricaine, au Cameroun, au Mozambique et à Maurice). Ces résultats sont peut-être dus à une augmentation importante réelle de l'utilisation des méthodes traditionnelles (du fait par exemple de la difficulté d'accès aux méthodes modernes), mais peut-être sont-ils également imputables à une meilleure prise en compte ou à une surestimation de l'utilisation des méthodes traditionnelles dans la dernière enquête. La prise en compte de l'augmentation (réelle ou non) de l'utilisation des méthodes traditionnelles majeure donc de manière substantielle l'augmentation du point de prévalence pour l'ensemble des méthodes dans plusieurs pays (République démocratique du Congo, République centrafricaine, Cameroun, Mozambique et Maurice, mais aussi Ghana, Togo, Côte d'Ivoire et Guinée). Dans les autres pays (18 sur 38), les points annuels de prévalence pour l'ensemble des méthodes augmentent moins que ceux des seules méthodes modernes. Cela signifie que parallèlement à l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne, l'utilisation des méthodes traditionnelles a diminué. Ces évolutions peuvent être le résultat de la préférence des utilisatrices (anciennes et nouvelles) pour les méthodes modernes plus efficaces, au détriment donc des méthodes traditionnelles. Mais il peut s'agir aussi d'un biais de collecte, l'utilisation des méthodes traditionnelles ayant été sous-estimée dans la dernière enquête par rapport à la première enquête considérée. La désaffection pour les méthodes traditionnelles ne se traduit cependant que dans quelques pays (par exemple les Comores et le Zimbabwe) par des augmentations nettement inférieures du point de prévalence de l'ensemble des méthodes par rapport à celles trouvées pour les seules méthodes modernes. Mais dans trois pays (Gambie, Angola, Tchad), la diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles entre les deux enquêtes considérées paraît plus importante que l'augmentation du pourcentage des utilisatrices de méthodes modernes, ce qui explique que l'on y observe, en ce qui concerne ces pays, des « points de pourcentage annuels moyens d'augmentation de la prévalence de la contraception » négatifs pour l'ensemble des méthodes (tableau 12 et figure 3).

Au total, l'augmentation moyenne de l'utilisation des méthodes modernes de contraception n'est proche de 2 points par an que dans 3 pays seulement, sur les 38 examinés, et elle est comprise entre 1,6 et moins de 1,5 point par an dans 10 pays. Elle est donc inférieure à 1 point par an dans les 25 autres, parmi lesquels 7 pays enregistrent des augmentations moyennes de l'utilisation des méthodes modernes entre 0,5 et 0,9 point par an, et 18 pays (presque 1 sur 2 !) enregistrent des augmentations inférieures à 0,5 point par an. Les pays où l'augmentation annuelle moyenne de l'utilisation des méthodes modernes est inférieure à 1 point par an représentent là aussi 80 % de la population de l'Afrique subsaharienne, et ceux où elle est inférieure à 0,5 point par an en représentent la moitié. Les résultats sont peu différents lorsque l'on considère l'augmentation de l'utilisation de l'ensemble des méthodes, puisque 12 pays ont des augmentations supérieures à 1 point par an, et 26 pays des augmentations inférieures à 1 point par an. Ces derniers concentrent environ 80 % de la population de la région.

Quatre Subsahariens sur cinq vivaient donc au début des années 2000 dans des pays où, premièrement, la transition de la fécondité était récente mais lente ou encore timide, voire non amorcée ; où, deuxièmement, moins de 20 % des femmes utilisaient une méthode moderne efficace de contraception ; et où, troisièmement, la progression de l'utilisation de la contraception était lente, voire très lente, c'est-à-dire inférieure à 1 point de pourcentage par an. On peut donc dire qu'à peine commencée, la « révolution contraceptive » est en panne dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

En effet, la révolution contraceptive qui accompagne la transition de la fécondité est caractérisée par le passage d'une utilisation marginale de la contraception (par 5 % à 10 % des femmes) à une utilisation généralisée, c'est-à-dire par 70 à 80 %, voire 85 % des femmes en union⁸. En Asie et en Amérique latine, près de la moitié des pays ont maintenu au cours des dernières décennies des rythmes d'augmentation de la contraception de l'ordre de 1,5 à 2 points de pourcentage par an. Dans ces pays, la révolution contraceptive s'est donc opérée en quelque 40 ou 50 ans. Dans les pays où l'augmentation a été moins rapide (proche de 1 point de pourcentage par an) la révolution contraceptive devrait s'achever en 70 ans environ (Guengant et Rafalimanana, 2005). Comme on vient de le voir, en Afrique subsaharienne, une douzaine de pays seulement (les pays d'Afrique australe et quelques pays voisins d'Afrique de l'Est) – ceux qui maintiennent des rythmes d'augmentation de l'utilisation de la contraception d'au moins 1 point par an – semblent actuellement en mesure

8. Les 15 à 30 % de femmes en union restantes qui n'ont pas besoin de contraception sont des femmes qui désirent avoir des enfants, des femmes stériles, etc.

d'achever leur révolution contraceptive assez rapidement. Les autres pays, pour la plupart situés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, s'inscrivent aujourd'hui dans des trajectoires beaucoup plus longues. En fait, seuls le Ghana et le Cameroun, s'ils maintiennent ou augmentent leurs rythmes d'augmentation actuels (respectivement de 0,8 et 0,9 point par an pour l'ensemble des méthodes), pourraient achever leur « révolution contraceptive » et leur transition de la fécondité en 70 ou 80 ans, c'est-à-dire autour de 2050, puisque celle-ci a commencé dans les années 1980. Pour les autres pays, comme le Bénin, le Mali, le Niger et le Tchad, le maintien de leurs rythmes actuels de progression de l'utilisation de la contraception, de l'ordre de 0,2 à 0,3 point de pourcentage par an, les inscrit dans des trajectoires longues, voire très longues, de l'ordre de 200 à 300 ans !

Faiblesse des programmes de planification familiale

La faiblesse des niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne est liée à celle des programmes et activités en matière de planification familiale dans la région. Ceux-ci ont fait l'objet d'évaluations périodiques dans 80 à 90 pays en développement de 1972 à 1994, année de la conférence du Caire, puis en 1999 et en 2004 (Ross *et al.*, 1996, 2000 et 2007). Ces évaluations s'appuient, pour chaque pays, sur les interviews de divers informateurs : responsables de programmes, personnel international résidant dans ces pays, personnel local d'organisations non gouvernementales et enseignants-chercheurs (une douzaine par pays en 2004). Les réponses obtenues permettent ainsi de construire 30 indices, regroupés en quatre composantes : les politiques et les activités préparatoires à la mise en œuvre de programmes (8 indices) ; la mise en place de services et d'activités connexes (13 indices) ; l'évaluation (3 indices) ; la disponibilité et l'accessibilité à diverses méthodes de contraception et de régulation de la fécondité (6 indices). Les avis exprimés permettent de calculer pour chaque indice, pour chaque composante et pour l'ensemble, un score d'efforts ou de réalisations exprimé en pourcentage des maxima possibles (correspondant à 100 % d'avis très positifs).

Les résultats obtenus au niveau mondial indiquent une progression régulière des scores de réalisations d'ensemble, de 1972 à 1994 (de 20 à 50 % pour les moyennes non pondérées). Sans surprise, l'évaluation de 1994 donne pour l'Afrique subsaharienne un score global inférieur à celui des autres grandes régions : à peine plus de 40 % contre 50 % environ pour les pays d'Asie et d'Amérique latine. Les meilleurs résultats de l'Afrique subsaharienne concernent la composante « politiques et acti-

vités préparatoires » avec un score supérieur à 50 % (proche de celui obtenu pour l'Asie et même supérieur à celui atteint pour l'Amérique latine). Le plus mauvais résultat concerne la composante « disponibilité et accessibilité à diverses méthodes de contraception » : le score de 35 % est très inférieur à ceux obtenus pour l'Amérique latine (plus de 60 %) et l'Asie (plus de 50 %). Autrement dit, si la plupart des pays d'Afrique subsaharienne affichaient en 1994 un certain intérêt pour les questions de population et pour la planification familiale (déclarations de dirigeants, mise en œuvre de politiques démographiques, adoption de lois et règlements favorisant l'importation de contraceptifs, ainsi que la publicité en faveur de la contraception, etc.), les services correspondants n'étaient effectivement pas toujours offerts, les programmes pas toujours convenablement suivis et les contraceptifs pas facilement accessibles. Parmi les 31 pays évalués en 1994, ceux affichant les meilleurs résultats étaient les pays d'Afrique australe, à l'exception du Lesotho. En Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, aucun pays n'avait atteint, en 1994, des scores supérieurs à 50 %, en ce qui concerne à la fois les « services » et la « disponibilité ». Tel était le cas également des pays de l'Afrique de l'Est, à l'exception du Kenya, de Maurice et du Zimbabwe, les seuls à avoir de « bons scores » (Guengant et May, 2006).

Dix ans après la conférence internationale du Caire, l'évaluation faite en 2004 sur 33 pays, qui représentaient 85 % de la population de l'Afrique subsaharienne, permet de constater qu'en Afrique comme ailleurs quelques progrès ont été accomplis⁹. Ces progrès concernent en particulier les activités d'évaluation des programmes, dont le score (50 %) est maintenant quasi identique à celui des « politiques et activités préparatoires ». Quelques progrès sont également à noter pour la composante « disponibilité et accessibilité à diverses méthodes de contraception », mais le score correspondant (40 % en moyenne non pondérée) reste médiocre, comme celui concernant les services, lequel ne semble guère avoir progressé. On notera que pour ces deux composantes (disponibilité et accessibilité à diverses méthodes de contraception, d'une part, et services, d'autre part) l'Afrique francophone obtient de moins bons résultats que l'Afrique anglophone (Ross *et al.*, 2007). Finalement, en 2004, dans 23 pays sur 33 (près de 90 % de la population des pays enquêtés), le score global était toujours inférieur à 50 %, et dans 4 pays (23 % de la population des pays enquêtés) il était même inférieur à 33 % (République démocratique du Congo, Tchad, Niger et Congo). Ces résul-

9. Les résultats de l'enquête de 2004 ne sont pas strictement comparables à ceux de l'enquête de 1994. D'une part les pays couverts ne sont pas strictement les mêmes, d'autre part le questionnaire (dit « court »), employé en 1999 et 2004, donne des résultats légèrement inférieurs à ceux des enquêtes précédentes.

tats reflètent bien la faiblesse des services offerts, en particulier le manque de disponibilité et d'accessibilité à diverses méthodes de contraception pour environ 90 % de la population de l'Afrique subsaharienne vivant dans des pays où les scores pour ces deux composantes restent médiocres.

Les meilleurs scores obtenus en Asie et en Amérique latine s'expliquent paradoxalement par des arrangements institutionnels très différents. Ainsi, en Asie, c'est le fort engagement gouvernemental dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de population et de planification familiale qui explique le succès de ces programmes. Des politiques de population, visant explicitement à réduire la croissance démographique, ont été appliquées par des institutions publiques créées par les gouvernements (en Chine, en Indonésie et en Iran, par exemple) ou avec l'aide d'associations communautaires et privées, comme au Bangladesh et en Thaïlande. En Amérique latine et dans les Caraïbes, en revanche, la progression de l'usage de la contraception a été le plus souvent le résultat de l'activisme d'associations privées, pour la plupart membres de la Fédération internationale de planification familiale/International Planned Parenthood Federation (IPPF), qui ont organisé dès les années 1960 ou 1970 des consultations de planification familiale dans leurs propres cliniques, en dépit de l'opposition de l'Église catholique et de l'attitude souvent hostile des gouvernements. C'est le cas notamment au Brésil, en Colombie et en Équateur. C'est ainsi qu'en Amérique latine les services de planification familiale sont principalement recensés dans le secteur privé et qu'un grand nombre de femmes obtiennent leurs moyens contraceptifs dans les pharmacies où ils sont largement disponibles (United Nations, 2004a).

En Afrique subsaharienne, la faible implication des gouvernements, l'adoption tardive (souvent à la fin des années 1980 ou 1990) de politiques nationales de population ou de politiques favorisant la planification familiale, le peu d'intérêt du mouvement associatif pour ces questions, l'insuffisance des ressources et de la capacité d'absorption sont autant de raisons qui ont retardé la mise en place de programmes efficaces (Caldwell et Caldwell, 2002). Il est vrai que le niveau de la demande concernant les services de planification familiale est relativement faible. En effet, si l'on ajoute à l'utilisation actuelle de contraceptifs (qui, comme on l'a vu, est de l'ordre de 10 à 40 %) les besoins non satisfaits¹⁰, on obtient un niveau estimatif de la demande totale d'environ 50 à 60 % seulement des femmes en union, niveau inférieur à celui des autres

10. Les besoins non satisfaits sont définis comme le pourcentage des femmes en union qui ne désirent plus avoir d'enfant ou qui souhaitent espacer leur prochaine grossesse d'au moins deux ans, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception.

régions du monde, où il se situe entre 70 et 80 %. La relative faiblesse de la demande de contraception en Afrique subsaharienne s'explique par divers facteurs (cf. chapitre 4), et elle est peut-être également due au fait que les acteurs institutionnels ont, jusqu'ici, mis exclusivement l'accent sur l'espacement des naissances. En effet, pour différentes raisons (désir de respecter les valeurs traditionnelles, crainte d'être critiqué par les opposants – religieux et autres – à la planification familiale, etc.), les dirigeants politiques, les responsables de la politique démographique, le personnel de santé et les médias continuent de présenter la planification familiale uniquement comme un moyen d'espacer les naissances, sans évoquer son rôle dans la taille de la famille. Pourtant, à en juger par les faibles taux d'utilisation de la contraception dans la région, les besoins insatisfaits sont importants, y compris, dans des proportions qui varient selon les pays, pour limiter la taille de la famille.

Santé de la reproduction : qui trop embrasse mal étreint, ou la dilution des priorités

On aurait pu s'attendre à ce que l'approche globale basée sur la santé de la reproduction et les droits reproductifs, retenue dans le Programme d'action adopté au Caire en 1994, se traduise en Afrique subsaharienne par la mise sur pied de programmes pour la promotion de l'accessibilité et de l'utilisation des services en santé de la reproduction, afin d'accélérer la progression de l'usage de la contraception. Les résultats présentés précédemment indiquent qu'il n'en a rien été.

De fait, la santé de la reproduction ne se limite pas à la planification familiale. Elle comprend également la santé maternelle et infantile, les maladies sexuellement transmissibles, la prévention et la prise en charge des malades du VIH/Sida, la stérilité, les soins post-avortement, les cancers de l'appareil génital, la violence conjugale ainsi que les droits reproductifs et sexuels de l'individu, soit au total une dizaine de composantes (Luke et Cotts Watkins, 2002). Ce type d'approche est en fait mieux adapté aux pays où les taux de prévalence de la contraception ont déjà « décollé » (ce qui était le cas de la plupart des pays asiatiques et latino-américains en 1994, où la prévalence de la contraception était souvent supérieure à 50 %) et où les problèmes ne se posent plus en termes de diffusion générale de la contraception, mais plutôt en termes d'exercice des droits reproductifs et sexuels, et d'épanouissement personnel en la matière.

Réalisée en 2003 par l'UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population), auprès de 165 pays en voie de développement, l'évaluation sur les progrès accomplis pour atteindre les objectifs du Programme d'action du

Caire révèle à ce sujet un bilan en demi-teinte (Nations unies, 2004c). Cette évaluation indique qu'une grande partie des pays concernés ont affirmé avoir mis en place des programmes de santé de la reproduction, d'égalité des sexes, de promotion du pouvoir de décision des femmes, et pris en compte les problèmes de population dans leurs programmes de développement. Près de 9 pays sur 10 ont également déclaré avoir adopté une approche plus globale en santé de la reproduction, intégrant par exemple, dans leurs paquets de soins de santé primaire, la planification familiale, la maternité sans risques, la santé de la reproduction chez les adolescents, les maladies sexuellement transmissibles et la prévention du Sida. Concernant la planification familiale, de nombreux pays déclaraient avoir considérablement amélioré l'approvisionnement en contraceptifs et donc leur disponibilité, ainsi que les services capables d'offrir à chacun l'information nécessaire à sa décision et à son choix.

Cette évaluation met aussi en évidence plusieurs difficultés majeures dans l'application des recommandations du Programme d'action du Caire, en particulier dans les pays les moins développés¹¹, qui se trouvent pour la plupart en Afrique subsaharienne. Parmi ces difficultés, il convient d'abord de mentionner divers facteurs sociaux et culturels tels que l'interdiction faite aux femmes d'accéder librement aux services, le nombre limité de services de qualité en santé de la reproduction, le manque d'articulation entre les services cliniques et les programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC), l'absence ou la faiblesse des campagnes de plaidoyer en faveur de la santé de la reproduction et de la planification familiale. Une autre difficulté importante réside dans le manque de moyens financiers et de ressources humaines compétentes, qui empêche le développement, à un coût raisonnable, de services accessibles à l'ensemble de la population. Dans le contexte de pénurie qui caractérise nombre de pays, les besoins non satisfaits, concernant la dizaine de composantes de la santé de la reproduction, sont considérables, et il est impossible de faire face à toutes les urgences.

De manière plus spécifique, deux difficultés majeures ont été mises en avant quant à l'application du Programme d'action du Caire. Tout d'abord il est difficile d'intégrer les services en santé de la reproduction dans le système de santé publique, lorsque ces systèmes sont eux-mêmes en crise. Ensuite la concurrence entre les différentes composantes de la santé de la reproduction aboutit à une dilution des priorités, sans parler de la concurrence entre priorités plus générales (santé, éducation, lutte

11. La liste des « pays les moins avancés » établie par le Conseil économique et social des Nations unies (à partir de trois critères : faiblesse du niveau de vie, insuffisance des ressources humaines, manque de diversification économique) comprenait, en 2003, 49 pays, dont 34 (70 %) pays d'Afrique subsaharienne.

contre la pauvreté, environnement, etc.). Il est plus coûteux, mais plus facile et souvent plus efficace, de développer des services verticaux, comme le montre l'exemple des programmes de population en Asie, mais aussi celui des programmes de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la poliomyélite en Afrique. Cependant, l'intégration des services de santé de la reproduction et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence pour des raisons de cohérence et d'économie, car cette intégration, en s'appuyant sur les centres de santé et sur le personnel existant, rend, en principe, ces services plus accessibles à l'ensemble de la population. Mais cette intégration a aussi un coût non négligeable et requiert la formation des personnels prestataires de services ainsi que l'organisation d'une logistique efficace (importation, stockage, distribution des contraceptifs), ce qui n'est pas évident dans de nombreux pays, notamment en zone rurale, où les centres de santé sont mal dotés en personnel, en matériel et en médicaments. Par ailleurs, des enquêtes anthropologiques, effectuées récemment dans plusieurs capitales d'Afrique de l'Ouest, ont montré que, même en milieu urbain, la qualité des soins fournis dans les services publics s'était nettement détériorée ces dernières années. Le fonctionnement de ces services est en effet entravé par plusieurs facteurs, parmi lesquels la démoralisation des équipes, liée à l'insuffisance des rémunérations, au manque de médicaments, à la corruption, etc. Les personnels ne donnent même pas aux femmes qui se présentent en consultation pré ou postnatale l'information la plus basique sur la planification familiale, alors même que cette information fait normalement partie de leurs tâches (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). En ce qui concerne le problème de la concurrence entre les différentes composantes de la santé de la reproduction, dans les pays les moins développés où la fertilité reste très élevée, la priorité implicite ou explicite est souvent donnée aux femmes enceintes, aux accouchements et à leurs complications, et aux jeunes enfants, aux dépens de la planification familiale, car ces besoins sont souvent, en effet, les plus urgents et les plus immédiats. Nombre de pays moins développés ont ainsi admis que leurs programmes n'étaient pas prêts à l'intégration, non seulement du fait des goulets d'étranglement institutionnels et opérationnels évoqués précédemment, mais aussi parce que, dans le contexte particulier qui est le leur, l'approche globale recommandée en santé de la reproduction a fait passer la planification familiale au second plan (United Nations, 2004b).

On aboutit à un constat similaire au niveau international. L'approche globale en santé de la reproduction, retenue dans le « Programme d'action de 20 ans » adopté au Caire en 1994, a certes influencé jusqu'à un certain point la définition des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), adoptés suite au sommet du Millénaire organisé à New York en septembre 2000 sous l'égide des Nations unies. En effet, parmi

les huit retenus, quatre objectifs se réfèrent explicitement à la santé de la reproduction. Il s'agit de l'objectif numéro 3, « Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes », de l'objectif numéro 4, « Réduire la mortalité infantile », de l'objectif numéro 5, « Améliorer la santé maternelle », et de l'objectif numéro 6, « Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies » (United Nations, 2005). Aucun des huit objectifs, cependant, ni aucune des 18 cibles spécifiques qui leur sont associées ne se réfère à la planification familiale. Celle-ci n'apparaît en fait qu'incidemment parmi les indicateurs de la cible 7 qui concerne le VIH/Sida¹² dans l'objectif 6. Parmi les trois indicateurs retenus pour cette cible, l'indicateur 19, qui est le « taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs », a été curieusement scindé en trois sous-indicateurs : l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque ; la population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/Sida ; et le taux d'utilisation de la contraception. Ce « strapontin » accordé à la planification familiale, dans le document sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, signifie clairement que celle-ci reçoit désormais moins d'attention au niveau international que la lutte pour la réduction de la pauvreté et du VIH/Sida. Ce glissement de priorités signifie également, selon une étude réalisée en 2003 auprès d'observateurs et d'acteurs essentiels de la planification familiale, que le point de vue dominant actuel au niveau international est que les programmes de développement dans le monde ne sont réellement efficaces que s'ils concernent la réduction de la pauvreté et qu'ils sont moins utiles s'ils visent à fournir des services spécifiques, tels que la planification familiale (Blanc et Tsui, 2005). La réalisation de la plupart des Objectifs du Millénaire reste pourtant conditionnée, dans nombre de pays d'Afrique subsaharienne, par la maîtrise de la croissance démographique et de la fécondité. En effet, le doublement de la population scolarisable tous les vingt ans constitue une contrainte sévère pour la scolarisation de tous les enfants. Par ailleurs, le lien est bien établi entre, d'une part, une fécondité non maîtrisée (caractérisée par des grossesses nombreuses, précoces, rapprochées et par le recours à l'avortement) et, d'autre part, des taux élevés de mortalité infantile, juvénile et maternelle.

Dans ces conditions, il est curieux de constater l'absence de référence à l'engagement suivant, pris au Caire : « Tous les pays devraient prendre des mesures pour satisfaire le plus tôt possible les besoins de leur population dans le domaine de la planification familiale et, d'ici à 2015, s'efforcer dans tous les cas de mettre à la disposition de chacun une

12. La cible 7, dans l'objectif 6 (qui concerne le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies) est libellée comme suit : « D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance actuelle ».

gamme complète de méthodes sûres et fiables de planification familiale et de services connexes de santé en matière de reproduction qui ne soient pas contraires à la loi » (Nations unies, 1995, paragr. 7.16). De fait, cet objectif ne pourra pas être atteint par la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, où, comme on l'a vu, les taux de prévalence de la contraception se situaient, au début des années 2000, entre 10 et 40 %. La satisfaction des besoins dans le domaine de la planification familiale, qui correspond à une prévalence de l'ordre de 70 à 80 %, suppose en effet une augmentation des prévalences actuelles de 30 à 40 points, au minimum, et de 60 à 70 points, au maximum. Une telle augmentation est hors de portée pour la plupart des pays, puisqu'elle nécessite en quinze ans (entre 2000 et 2015) une augmentation de 2 à 4 points de la prévalence de la contraception par an, alors que très peu de pays dans le monde ont obtenu des croissances de leur prévalence contraceptive égales ou supérieures à 2 points.

Projections et prospectives

Quelles seront, pour les populations d'Afrique subsaharienne, les conséquences des évolutions démographiques traumatisantes du passé, de leurs évolutions récentes non maîtrisées et du glissement actuel des priorités vers la lutte contre la pauvreté et le VIH/Sida au niveau international ?

Depuis plus de cinquante ans, les Nations unies réalisent des projections démographiques aux niveaux mondial, régional et pour divers pays et territoires (228 dans la révision 2006), qui constituent une référence incontournable en la matière. Grâce à ces projections, on savait depuis le début des années 1950, à une époque où la population mondiale n'était que de 2,5 milliards d'habitants, que celle-ci devrait s'établir autour de 6 milliards en 2000, ce qui s'est effectivement réalisé. Cette « bonne » prévision ne doit cependant pas faire oublier que les projections des Nations unies ont leurs limites et qu'elles ne sont pas des prédictions. Ces projections sont des projections classiques « par composantes », qui simulent l'évolution future d'une population « de base » par âge et par sexe, en fonction de diverses hypothèses de mortalité, de fécondité et de migrations. Elles sont donc avant tout le résultat d'un jeu d'hypothèses et elles ne valent que par la qualité des données utilisées et la pertinence des hypothèses retenues. Le futur n'étant pas facile à prévoir, en particulier le futur lointain, plus on s'éloigne de l'année de départ des projections, plus les résultats des diverses hypothèses sont divergents et incertains. Ainsi, sauf catastrophes majeures, imprévisibles par nature, on peut considérer que la plupart des projections démographiques donnent des estimations raison-

nables à un horizon de dix à quinze ans. Au-delà, elles relèvent de la prospective et constituent ou devraient surtout constituer un outil de réflexion sur différents futurs envisageables en fonction des hypothèses retenues.

Ceci dit, nous examinerons successivement l'évolution des projections des Nations unies, les résultats de leur révision 2006 pour l'Afrique subsaharienne et le bon usage qu'il convient d'en faire. Nous discuterons enfin de la possibilité d'utiliser différemment les projections et de s'en servir comme outil d'aide à la décision.

L'évolution des projections des Nations unies

Les projections démographiques ont longtemps été considérées, y compris par les démographes, comme un exercice de style, purement mécanique et neutre, devant simplement s'appuyer sur une bonne analyse du passé. Par ailleurs, compte tenu de l'inertie supposée des phénomènes démographiques (du fait de l'impact des structures par âge de départ sur la dynamique démographique et de la lenteur des changements de comportements et des structures sociales qui les sous-tendent), on postulait qu'elles encadraient bien l'éventail des futurs « probables » des populations grâce à un jeu d'hypothèses dites moyenne, haute et basse.

Il faut savoir que, jusqu'à la fin des années 1990, les projections des Nations unies se sont appuyées sur un paradigme de convergence et d'équilibre qui a été, depuis, remis en cause (Guengant, 2002b). Ce paradigme avait pour attributs une mortalité, une fécondité et des migrations internationales maîtrisées, convergeant à des horizons divers vers des espérances de vie de l'ordre de 80 ans, des soldes migratoires nuls et 2,1 enfants par femme (« le remplacement des générations »), ce qui devait conduire à terme à une croissance démographique nulle (« la croissance zéro »). En ce qui concerne la fécondité, on notera que le strict remplacement des générations n'est en fait assuré que sous deux conditions, rarement réunies dans le monde en développement, à savoir une espérance de vie à la naissance égale au moins à 70 ans et un solde migratoire nul.

De fait, le paradigme de convergence et d'équilibre, sur lequel se sont longtemps appuyées les projections démographiques, ne correspond plus au monde d'aujourd'hui, comme l'illustrent bien les diverses améliorations adoptées par les Nations unies dans la construction de leurs projections à partir des années 1990, ainsi que les hypothèses divergentes qu'elles retiennent maintenant dans leurs projections à long terme¹³ (United Nations, 2004c). Ces améliorations ont d'abord porté sur, première-

13. Ces projections envisagent en particulier deux scénarios divergents de fécondité à long terme. Le premier suppose que la fécondité atteindra 1,5 enfant par femme au niveau

rement, la prise en compte de l'impact du VIH/Sida sur la mortalité, deuxièmement, la poursuite des migrations internationales et, troisièmement, l'acceptation de la persistance de niveaux de fécondité inférieurs à 2,1 enfants par femme. Ces améliorations ont été complétées ensuite par l'adoption d'approches plus fines des évolutions futures de la fécondité, suite en particulier à trois conférences d'experts¹⁴ (United Nations, 1997, 2001 et 2002b). Il faut savoir à ce sujet que l'ensemble des pays à « faible fécondité » représente aujourd'hui près de la moitié de la population mondiale. Par ailleurs, l'hypothèse retenue jusque dans les révisions 1994 et 1998 (United Nations, 1995 et 1998), selon laquelle tous les pays d'Afrique subsaharienne rattraperaient les autres par des transitions plus rapides et auraient tous dès 2040-2045 une fécondité de 2,1 enfants par femme, a été abandonnée en faveur d'hypothèses plus modulées. Les projections récentes des Nations unies (en particulier les révisions 2002, 2004 et 2006) prennent donc maintenant en compte la diversité des évolutions de la mortalité (et de l'impact de l'épidémie de VIH/Sida), de la fécondité et des migrations internationales. Les hypothèses d'évolution de la fécondité tiennent compte de la diversité des situations post-transitionnelles et, pour les pays à forte fécondité, des dates de début et de fin de transition ainsi que des rythmes de baisse. Au total, si ces projections continuent d'être un instrument de mesure de la croissance démographique, de son ralentissement et du processus de vieillissement en cours, aux niveaux mondial, régional et national, elles sont également devenues un instrument de lecture de la grande diversité démographique du monde actuel.

Quelles appréciations peut-on porter aujourd'hui sur la valeur des projections passées concernant l'Afrique subsaharienne ? Le tableau 13, ci-dessous, donne les diverses estimations et projections réalisées par les Nations unies pour l'Afrique subsaharienne entre 1957 et 2006, pour l'hypothèse moyenne.

mondial en 2050 et se maintiendra au-dessous de 2 enfants par femme par la suite. Le second suppose que la fécondité atteindra 2,5 enfants par femme en 2050 et se maintiendra au-dessus de 2 enfants par femme ensuite. Dans le premier cas, la population mondiale passerait de près de 8 milliards en 2050 à 5,5 milliards en 2100, dans le second, de 10 milliards en 2050 à 14 milliards en 2100.

14. Il s'agit de la conférence de 1997 sur les pays à fécondité en dessous du seuil de remplacement, de celle de 2001 sur les perspectives de baisse de la fécondité dans les pays à fécondité élevée et de celle de 2003 sur la transition de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire.

Tableau 13. Estimations et projections de la population de l'Afrique subsaharienne de 1950 à 2050 (hypothèse moyenne) selon les Nations unies, à diverses dates

Année de réalisation de la projection	Populations estimées et projetées à diverses dates (en millions)				
	1950	1975	2000	2025	2050
Population estimée et projetée (en millions)					
1957	156	227	370		
1963	179	314	606		
1973	175	321	662		
1980	177	329	699	1 300	
1994	180	334	685	1 286	1 884
1998	177	326	641	1 095	1 521
2002	177	327	654	1 085	1 557
2006	180	336	680	1 194	1 761
Ecart (en %) entre les estimations à une même date entre projections					
1957/1980	13	45	89		
1957/2006	15	48	84		
1998/2006	2	3	6	9	16
2002/2006	2	3	4	10	13

Source : Rapports des Nations unies sur les projections aux dates indiquées.
Les chiffres en gras et en italique sont des projections.

Les estimations et projections réalisées dans les années 1950 (en 1951, 1954 et 1957) ont sous-estimé non seulement la population en 2000, mais aussi la population en 1950. Il faut dire qu'à l'époque les données faisaient défaut pour la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Est. Les niveaux de mortalité, en particulier, que l'on savait élevés, restaient mal connus, et il était alors difficile d'envisager leur baisse rapide (United Nations, 1958). Cependant, dès le début des années 1960, la disponibilité de nouvelles données a permis à la fois d'améliorer les estimations passées et les projections. Ainsi, les chiffres donnés pour 1950 par les projections réalisées en 1963 (179 millions) n'ont subi que de très légères modifications par la suite. Cependant, alors que les projections réalisées en 1963 indiquaient pour 2000 une population de 603 millions, l'estimation faite en 1980 était de presque 700 millions. Finalement, la population en 2000 a été estimée, en 2006, à 680 millions. Pour 2050, les chiffres donnés par les diverses

projections réalisées entre 1994 et 2006 varieront ensuite entre 1,9 milliard (révision 1994) et 1,5 milliard (révision 2002), ceci toujours pour l'hypothèse moyenne. Ces variations importantes sont le résultat de deux facteurs : l'évolution supposée de la fécondité et l'impact de l'épidémie de VIH/Sida, qui se sont compensés ou additionnés selon les projections. Ainsi, la révision 1994, qui donne pour 2050 le chiffre le plus élevé (près de 1,9 milliard), s'appuie sur l'hypothèse d'une baisse très rapide de la fécondité, sans tenir compte de l'impact meurtrier de l'épidémie de VIH/Sida. La prise en compte de cet impact dans la révision 1998 se traduit, pour 2050, par le chiffre de 1,5 milliard, inférieur de 360 millions au chiffre donné en 1994. Le retour à des estimations plus hautes lors des révisions 2004 et 2006 tient à l'hypothèse d'une baisse moins rapide de la fécondité (et de l'abandon de la convergence vers 2,1 enfants par femme en 2040-2045) ainsi qu'à l'hypothèse d'un impact moins meurtrier du VIH/Sida. Au-delà des variations des résultats globaux, observées d'une projection à l'autre pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, il est donc important de bien connaître les changements d'hypothèses qui sont derrière les révisions opérées à chaque nouvelle projection, au niveau de chaque pays et de chaque région.

Les résultats de la révision 2006 pour l'Afrique subsaharienne

La révision 2006, publiée en 2007, des projections des Nations unies pour 48 pays d'Afrique subsaharienne, s'appuie sur les données les plus récentes (recensements, enquêtes diverses) disponibles pour ces pays courant 2006. Il est important de savoir que ces projections sont construites à partir de modèles empiriques d'évolution des indices synthétiques de fécondité et des espérances de vie à la naissance, modèles qui sont basés sur les évolutions observées ailleurs dans le monde (notamment dans le monde en développement). Les populations projetées en 2050 pour chaque pays, ainsi que les hypothèses d'évolution de la fécondité et de la mortalité, retenues pour l'hypothèse moyenne, sont présentées dans le tableau 14 (United Nations, 2007).

**Tableau 14. Projections : indicateurs démographiques
en 2000, 2050, 2000-2005 et 2045-2050**

Pays	Population totale			Indice synthétique		Espérance de vie		Taux
	en 2000	en 2050	Ratio	de fécondité		à la naissance		d'accroissement
	(millions)	(millions)	2050/ 2000	2045-50	Différence avec 2000-05	2045-50	Différence avec 2000-05	naturel en %, 2045-50
Afrique de l'Ouest								
Bénin	7,2	22,5	3,1	2,5	-3,4	70,7	+ 16,3	1,4
Burkina Faso	11,9	37,5	3,2	2,7	-3,6	65,2	+ 14,5	1,5
Cap-Vert	0,5	1,0	2,2	2,0	-1,7	78,6	+ 8,4	0,9
Côte d'Ivoire	17,0	34,7	2,0	2,2	-2,8	62,6	+ 15,8	0,9
Gambie	1,4	3,6	2,6	2,3	-2,9	71,5	+ 13,5	1,1
Ghana	20,1	41,9	2,1	2,1	-2,3	70,9	+ 12,4	0,8
Guinée	8,2	22,7	2,8	2,5	-3,3	71,9	+ 18,2	1,5
Guinée-Bissau	1,4	5,3	3,9	3,2	-3,9	61,7	+ 16,2	2,0
Liberia	3,1	12,5	4,1	3,3	-3,5	60,5	+ 16,7	2,0
Mali	10,0	34,2	3,4	2,8	-3,9	68,2	+ 16,4	1,8
Mauritanie	2,6	6,4	2,5	2,2	-2,6	73,6	+ 11,4	1,0
Niger	11,1	53,2	4,8	3,8	-3,7	69,8	+ 15,3	2,4
Nigeria	124,8	288,7	2,3	2,4	-3,5	62,1	+ 15,5	1,0
Sénégal	10,3	25,3	2,4	2,3	-3,0	71	+ 9,4	1,1
Sierra Leone	4,5	13,5	3,0	3,1	-3,4	56,8	+ 15,8	1,6
Togo	5,4	14,1	2,6	2,0	-3,4	70,1	+ 12,5	1,0
Afrique centrale								
Angola	13,9	44,6	3,2	3,0	-3,8	58,2	+ 17,2	1,6
Cameroun	15,9	33,1	2,1	2,2	-2,7	64,4	+ 14,5	0,9
Centrafrique	3,9	7,6	2,0	2,3	-2,7	58,6	+ 15,3	0,9
Congo	3,2	7,6	2,4	2,3	-2,5	67,8	+ 14,8	1,1
Congo (R.D.)	50,7	186,8	3,7	3,0	-3,7	60,9	+ 15,9	1,8
Gabon	1,2	2,1	1,8	2,0	-1,4	69,4	+ 12,6	0,5
Guinée équatoriale	0,4	1,2	2,7	2,6	-3,1	66	+ 16,7	1,4
Sao Tomé et Principe	0,1	0,3	2,1	2,1	-2,2	73,9	+ 9,6	1,1
Tchad	8,5	29,4	3,5	2,8	-3,7	65,2	+ 14,7	1,7
Afrique de l'Est								
Burundi	6,7	28,3	4,2	3,5	-3,3	63,8	+ 16,4	2,2
Comores	0,7	1,7	2,5	2,2	-2,7	75,9	+ 12,9	1,2
Djibouti	0,7	1,5	2,0	2,1	-2,4	68,8	+ 15,4	0,7
Érythrée	3,7	11,5	3,1	2,4	-3,1	69,8	+ 14,6	1,3
Éthiopie	69,4	183,4	2,6	2,5	-3,3	67,3	+ 16,6	1,3
Kenya	31,3	84,8	2,7	2,4	-2,6	67,2	+ 16,2	1,3
Madagascar	16,2	44,5	2,7	2,3	-3,0	71,3	+ 14,0	1,3
Malawi	11,6	31,9	2,7	2,6	-3,5	60,2	+ 15,2	1,3
Maurice	1,2	1,4	1,2	1,9	-0,1	78,7	+ 6,7	-0,1
Mozambique	18,2	39,1	2,1	2,4	-3,1	57,2	+ 13,2	1,0
Ouganda	24,7	92,9	3,8	2,8	-4,0	65,2	+ 17,4	1,8
Réunion	0,7	1,1	1,5	1,9	-0,6	80,6	+ 4,9	0,2
Rwanda	8,2	22,6	2,8	2,6	-3,4	61,9	+ 18,5	1,3
Somalie	7,1	21,1	3,0	2,8	-3,7	63,7	+ 17,8	1,4
Tanzanie	33,8	85,1	2,5	2,1	-3,5	66,1	+ 16,4	1,0
Zambie	10,5	22,9	2,2	2,4	-3,2	57,4	+ 18,2	1,1
Zimbabwe	12,7	19,1	1,5	2,0	-1,6	64,2	+ 24,2	0,7
Afrique australe								
Afrique du Sud	45,4	55,6	1,2	1,9	-1,0	62,6	+ 9,2	0,2
Botswana	1,7	2,7	1,6	1,9	-1,3	66,7	+ 20,1	0,6
Lesotho	1,9	2,4	1,2	2,0	-1,8	55,8	+ 11,2	0,5
Namibie	1,9	3,0	1,6	2,0	-1,6	62,4	+ 10,9	0,5
Swaziland	1,1	1,4	1,3	2,1	-1,9	53,9	+ 10,0	0,5
Soudan	33,3	73,0	2,2	2,2	-2,6	70,3	+ 13,9	0,9
Afrique subsaharienne	679,8	1760,6	2,6	2,5	-3,0	64,5	+ 15,7	64,5

Source : United Nations (2007).

Les augmentations anticipées de la population, d'ici 2050, restent considérables aux niveaux régional, sous-régional et pour la plupart des pays. La population de l'Afrique subsaharienne est en effet projetée à près de 1,8 milliard en 2050, soit 2,6 fois plus qu'en 2000¹⁵. Dans le même temps, les populations d'Asie, d'Amérique latine et d'Amérique du Nord ne devraient augmenter que de 40 à 50 %, et la population de l'Europe diminuer de 10 %. Au niveau sous-régional, l'Afrique centrale pourrait voir sa population multipliée par 3,2, suivie par l'Afrique de l'Est (2,7) et l'Afrique de l'Ouest (2,6). Quant à la population de l'Afrique australe, elle ne devrait augmenter que de 25 % entre 2000 et 2050 (mais la révision 2004 anticipait une croissance insignifiante de 7 %). Conséquence de la croissance plus faible de l'Afrique australe, celle-ci ne représenterait plus en 2050 que 4 % de la population de l'Afrique subsaharienne, contre 8 % en 2000. Les poids relatifs des autres sous-régions en 2050 (Afrique de l'Ouest, 35 % ; Afrique de l'Est, 39 % ; et Afrique centrale, 18 %) devraient rester pratiquement les mêmes qu'en 2000.

Dans 4 pays sur 5 (39 pays sur 48), les populations seront, en 2050, au moins le double de ce qu'elles étaient en 2000. Mais, dans 14 de ces pays, les populations en 2050 pourraient être 3 fois plus nombreuses qu'en 2000. Ces augmentations importantes sont le résultat de niveaux de fécondité élevés en 2000-2005 et de la progression rapide supposée des espérances de vie à la naissance. Ces augmentations sont d'autant plus remarquables que l'on a supposé quasiment partout une diminution de moitié des niveaux de fécondité. Mais cette baisse rapide de la fécondité est compensée par la forte augmentation du nombre de femmes en âge de procréer, dont les effectifs devraient être multipliés par trois d'ici 2050, conséquence de l'extrême jeunesse des populations actuelles. Finalement, des augmentations modestes de population (entre 20 et 76 %, inférieures donc à un doublement) ne sont anticipées que dans 1 pays sur 5 (9 pays sur 48). Sont concernés les cinq pays d'Afrique australe et le Zimbabwe voisin, la Réunion, Maurice et le Gabon. Ces pays ont, en 2000-2005, les fécondités les plus basses de la région, inférieures à 4 enfants par femme, mais des espérances de vie à la naissance très variables (élevées à la Réunion et à Maurice, faibles dans les cinq pays d'Afrique australe et au Zimbabwe du fait de la forte prévalence du VIH/Sida). Pour ces derniers, on anticipe une « récupération » d'ici 2050, avec des progressions des espérances de vie à la naissance de l'ordre de 10 à 20 ans.

15. La population projetée en 2050 selon l'hypothèse basse, qui correspond à une fécondité moyenne en 2045-2050 de 2,0 enfants par femme (contre 2,5 enfants pour l'hypothèse moyenne), est de 1,5 milliard. Elle est de 2 milliards selon l'hypothèse haute, qui correspond à une fécondité moyenne en 2045-2050 de 3,0 enfants par femme, et proche de 3 milliards selon l'hypothèse de fécondité constante qui correspond à 5,8 enfants par femme.

Il importe de souligner à nouveau que ces résultats sont la conséquence à la fois des structures par âge des populations en 2000 (qui sont elles-mêmes le reflet des évolutions au cours des cinquante dernières années) et des hypothèses retenues pour la fécondité, la mortalité et les migrations internationales. Ces hypothèses sont des « constructions » basées, comme on l'a dit, sur des modèles. Ainsi, une fois la transition amorcée, la fécondité, selon l'hypothèse moyenne, suit des rythmes de diminution d'environ 0,4 enfant par période quinquennale, lorsque les niveaux de fécondité sont toujours supérieurs à 6 enfants par femme. Ce chiffre se réduit progressivement à environ 0,2 enfant, lorsque l'indice synthétique de fécondité approche les 3,5 enfants par femme, suivant en cela les évolutions observées ailleurs, notamment en Asie et en Amérique latine. En ce qui concerne la mortalité, l'impact du VIH/Sida complique quelque peu les choses. En gros, on prévoit des rythmes d'augmentation de l'espérance de vie à la naissance d'environ 2 ans par période quinquennale, lorsque les espérances de vie à la naissance se situent entre 40 et 50 ans. Cette progression se réduit progressivement à environ 1,5 an lorsque les espérances de vie à la naissance se situent entre 50 et 60 ans, puis à 1 an et moins lorsqu'elles sont supérieures à 60 ans. Par ailleurs, les modèles utilisés conduisent à des diminutions d'un an environ de l'espérance de vie à la naissance pour chaque point de pourcentage de prévalence du VIH/Sida dans la population adulte. Pour les migrations internationales, il est aussi difficile d'avoir des données que de prévoir leur évolution future. Pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, le solde migratoire annuel pour la période 2000-2005 a été estimé par les Nations unies à -213 000, puis à -246 000 dans les années 2030 et il est supposé constant par la suite. L'Afrique de l'Ouest contribue pour environ 60 % à ce solde négatif, l'Afrique de l'Est pour 25 %, l'Afrique centrale pour 10 %, et l'Afrique australe a un solde légèrement positif (de +4 000 par an !). Ces chiffres correspondent à une infime fraction de la population de la région et de chaque sous-région (entre 0,01 et 0,05 % à partir de 2010). Ceci signifie que les migrations internationales, telles qu'elles sont projetées actuellement, n'ont quasiment aucun impact sur la dynamique démographique future de la région et de ses diverses sous-régions.

Compte tenu de la diversité des niveaux actuels de fécondité et de mortalité, les modèles d'évolution utilisés conduisent en 2045-2050 à des niveaux qui sont encore loin d'être convergents. Ainsi en ce qui concerne la fécondité, selon l'hypothèse moyenne retenue, près d'un pays sur cinq (7 pays sur 48) pourrait toujours avoir en 2045-2050 un indice synthétique de fécondité supérieur à 3 enfants par femme (entre 3,8 et 3,0 enfants ; par ordre décroissant : Niger, Burundi, Liberia, Guinée-Bissau, Sierra Leone, Angola et République démocratique du Congo), et

près de 2 pays sur 3 (30 pays sur 48), des indices synthétiques de fécondité compris entre 2,1 et 2,9 enfants par femme. Finalement, 11 pays seulement pourraient avoir des indices synthétiques de fécondité inférieurs à 2,1 enfants par femme. Il s'agit des cinq pays d'Afrique australe et du Zimbabwe, de trois îles (Cap-Vert, Maurice, Réunion), du Gabon et du Togo. En ce qui concerne la mortalité, selon les hypothèses retenues, la plupart des pays (41 sur 48) pourraient avoir, en 2045-2050, des espérances de vie à la naissance supérieures à 60 ans, et dans 14 pays celles-ci pourraient même être supérieures à 70 ans (elles seraient alors supérieures à 85 ans dans de nombreux pays d'Europe). Il resterait encore 7 pays ayant des espérances de vie à la naissance inférieures à 60 ans, parmi lesquels 5 pays (Swaziland, Lesotho, Mozambique, Zambie, République centrafricaine) avaient, fin 2005, des taux de prévalence du VIH/Sida supérieurs à 10 %. Les taux annuels, relativement élevés, d'accroissement naturel de la population, prévus pour 2045-2050, sont évidemment le résultat de ces hypothèses (comme le sont d'ailleurs les structures par âge projetées en 2050). Ces taux devraient rester supérieurs à 1 % par an dans 2 pays sur 3, et même supérieurs à 2 % dans 4 pays (Niger, Burundi, Liberia et Guinée-Bissau). Il est donc clair, selon la révision 2006 des projections des Nations unies, que la transition démographique ne sera pas encore achevée en Afrique subsaharienne en 2050, contrairement à une idée encore trop largement reçue.

Du bon usage des projections

Les diverses projections publiées par les Nations unies sont directement ou indirectement à l'origine d'appréciations quelquefois erronées sur l'avenir démographique de l'Afrique subsaharienne, du fait d'une lecture trop rapide des évolutions en cours. Ainsi, dans une contribution à l'ouvrage *L'Afrique des idées reçues* figure en bonne place l'idée largement répandue mais inexacte de la fin prochaine de l'explosion démographique en Afrique subsaharienne (Courade et Tichit, 2006). On y trouve en effet les remarques suivantes : « La baisse de la fécondité africaine a été soudaine et prononcée à partir des années 1990. [...] L'explosion démographique va donc s'essouffler dans les premières décennies du XXI^e siècle. [...] La transition démographique se met en place dans un contexte international saturé, laissant peu de place aux grandes migrations de décongestion comme celles de l'Europe vers les Amériques au XIX^e siècle. L'Occident dominant, mais vieillissant, hésite entre la peur de disparaître et le besoin de ressources humaines. Cela alimente une politique d'ingérence dans la maîtrise de la fécondité via la planification familiale et le verrouillage des frontières » (Courade et Tichit, 2006 :

328-330). Et les auteurs de conclure : « La croissance actuelle de la population africaine n'a donc rien d'exceptionnel » (*ibid.* : 330), ce qui est *absolument inexact*... « Bien plus tardive en Afrique, cette transition [démographique ou rééquilibrage des niveaux de mortalité et de natalité] sera encore plus rapide que dans les autres pays du Sud » (*ibid.*). C'est effectivement ce que l'on pensait dans les années 1990, en posant l'hypothèse d'une transition rapide de rattrapage de l'Afrique subsaharienne par rapport au reste du monde, mais cette hypothèse, on l'a vu, s'est révélée inexacte.

Les auteurs d'un ouvrage de prospectives sur l'Afrique subsaharienne à l'horizon 2025 formulent quant à eux des avis plus nuancés, tout en privilégiant également l'hypothèse du décalage et du rattrapage (Futurs africains, 2003). Voici ce qu'ils soulignent en particulier : « Si l'explosion démographique en Afrique a été et demeure une réalité, l'analyse montre qu'il n'y a pas d'exception africaine, mais seulement un décalage entre l'Afrique et le reste du monde, et elle montre que l'Afrique est simplement en train de reprendre la place qu'elle a autrefois occupée dans la population mondiale » (Futurs africains, 2003 : 35). Et ils ajoutent : « Mais, ce décalage ne va pas disparaître rapidement et il n'est pas sans conséquences sur la façon dont les sociétés africaines s'insèrent dans le monde actuel » (*ibid.*). Au sujet de la poursuite de la transition, les auteurs de ces prospectives posent, avec pertinence, la question suivante : « L'amorce constatée de la baisse de la fécondité aura-t-elle été un phénomène en grande partie conjoncturel, lié à la crise, et la baisse va-t-elle s'arrêter hésitante au cours des prochaines décennies ? Ou va-t-elle s'accélérer ? » (*ibid.* : 40). Ils se demandent aussi : « Dans certains pays, une implosion de la population ne risque-t-elle pas de succéder à l'explosion ? Et, à l'échelle de l'Afrique, le rattrapage par rapport aux autres continents ne risque-t-il pas d'être compromis ? » (*ibid.* : 46). Mais, nous l'avons vu, l'hypothèse, encore tout récemment en vigueur, d'une diminution (implosion) des populations du fait de l'impact du VIH/Sida, notamment pour les pays d'Afrique australe, a été également abandonnée.

Dans la construction de leurs scénarios à l'horizon 2025, les auteurs considèrent cependant qu'en matière de démographie les jeux sont faits. Ils indiquent en effet que « les changements dans la fécondité auront encore peu d'impact sur la population en 2025 ; ils n'auront des effets importants qu'après cette date, si bien qu'il ne semble pas utile de retenir des hypothèses différentes pour cette variable » (*ibid.* : 114). En fait, les auteurs se réfèrent ici aux effets sur la croissance et sur la taille de la population totale. Mais, nous le verrons plus loin, les programmes de population peuvent avoir des effets importants à court terme sur l'évolution du nombre de naissances et donc du nombre d'enfants à nourrir, soigner et éduquer. Par ailleurs, pour que la réduction de la croissance

démographique puisse avoir des effets notables après 2025, il importe que le processus de maîtrise de la fécondité soit enclenché dès à présent.

Ces analyses, on pourrait en citer d'autres, mettent en évidence deux éléments importants. Tout d'abord la nécessité de suivre attentivement les révisions des projections et les publications de nouvelles données, car celles-ci sont susceptibles de modifier assez profondément les appréciations que l'on porte notamment sur les rythmes de baisse de la fécondité et sur l'impact de l'épidémie de VIH/Sida. C'est d'ailleurs pourquoi les Nations unies produisent maintenant des révisions de leurs projections tous les deux ans. Ensuite, il faut souligner à nouveau que ces projections ne sont pas des prédictions. Il s'agit de projections tendanciellles, s'appuyant sur des modèles empiriques d'évolution. Elles ne tiennent pas compte des déterminants proches de la fécondité, et, concernant la mortalité, elles ne prennent en compte que l'impact du VIH/Sida. On aurait pu imaginer par exemple la prise en compte de l'impact d'autres maladies ou de l'impact positif des vaccinations sur la mortalité des enfants.

À l'occasion de la publication de leurs rapports sur les niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception, les Nations unies établissent cependant une correspondance, *a posteriori*, entre les hypothèses de fécondité retenues au niveau sous-régional et les niveaux de prévalence de la contraception, négligeant ainsi l'impact des autres déterminants proches et partant du principe que les effets de l'évolution des pourcentages de femmes en union et de l'aménorrhée post-partum se compensent mutuellement¹⁶. Le rapport 2002 sur les niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception dans le monde associe ainsi les niveaux de fécondité projetés pour chaque sous-région, dans la révision 2002 des projections, avec une évolution supposée des niveaux de prévalence de la contraception (United Nations, 2004a). Il ressort de cet exercice que le passage, pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, d'environ 6 enfants par femme à respectivement 3,5 et 4,4 enfants par femme, projeté entre 2000 et 2025, est associé à des augmentations de la pratique de la contraception plus élevées que celles enregistrées ces dernières années (tableau 15). Ainsi, pour l'Afrique de l'Ouest, le passage de 5,8 à 3,5 enfants par femme en vingt-cinq ans requiert une augmentation moyenne de la prévalence de la contraception de 1,3 à 1,4 point par an jusqu'en 2015 alors que l'augmentation moyenne pondérée observée ces dernières années n'a été que de 0,3 point par an pour les méthodes

16. Au cours du processus de transition démographique, souvent associé à la modernisation, on observe fréquemment, en effet, une baisse des pourcentages de femmes en union (ce qui a un effet réducteur sur la fécondité) et, parallèlement, une diminution de la durée de l'allaitement, et donc de l'aménorrhée post-partum (ce qui a un effet positif sur la fécondité). Toutefois, la compensation entre ces deux effets peut ne pas se vérifier.

modernes et de 0,4 point pour l'ensemble des méthodes ! Pour l'Afrique centrale, les hypothèses de baisse de la fécondité sont associées à une augmentation moyenne de la prévalence contraceptive de 0,4 point par an en 2000-2005, puis de 0,8/0,9 point par an, alors que l'augmentation moyenne observée ces dernières années n'a été que de 0,25 point par an pour les méthodes modernes, et de 1,1 point pour l'ensemble des méthodes, mais avec une surestimation probable de l'utilisation des méthodes traditionnelles. Pour l'Afrique de l'Est, en revanche, il y a une bonne correspondance entre les hypothèses de baisse de la fécondité et les augmentations moyennes de la prévalence de la contraception qui leur sont associées : un point par an, ce qui correspond à ce qui a été observé ces dernières années. Il en va de même pour l'Afrique australe pour la période la plus récente, 2000-2005.

Tableau 15. Évolution des indices synthétiques de fécondité, selon l'hypothèse moyenne de la révision 2002 des projections des Nations unies, dans les diverses sous-régions d'Afrique subsaharienne de 2000 à 2025, et niveaux associés de prévalence de la contraception supposés

Indices synthétiques de fécondité projetés (projections 2002)						
Sous-régions	Années					
	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Afrique de l'Ouest	5,8	5,3	4,8	4,3	3,9	3,5
Afrique centrale	6,3	6,1	5,8	5,3	4,9	4,4
Afrique de l'Est	5,8	5,4	5,0	4,5	4,1	3,7
Afrique australe	2,9	2,7	2,4	2,3	2,1	2,0

Prévalences associées supposées de la contraception (en %)						
Sous-régions	Années					
	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Afrique de l'Ouest	15	22	29	36	42	46
Afrique centrale	23	25	29	33	38	42
Afrique de l'Est	23	28	33	39	44	48
Afrique australe	54	58	61	64	65	67

Augmentations annuelles moyennes en point de pourcentage					
Sous-régions	Périodes				
	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Afrique de l'Ouest	1,3	1,4	1,4	1,1	0,8
Afrique centrale	0,4	0,8	0,9	0,9	0,9
Afrique de l'Est	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9
Afrique australe	0,8	0,6	0,5	0,3	0,3

Source : United Nations (2004a).

Ces résultats soulignent la fragilité, attendue et tout à fait normale, des niveaux de fécondité projetés. À ce sujet, il a été montré qu'en supposant une simple augmentation moyenne de la prévalence de la contraception de 0,5 point par an, la fécondité pourrait baisser en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est d'environ 6 enfants par femme en 2000 à 5 enfants par femme en 2030 et 4,5 en 2050 (Guengant et May, 2006). Mais avec une augmentation moyenne d'1 point de la prévalence de la contraception par an, la fécondité pourrait être d'environ 3 enfants par femme en 2050 (3,3 en Afrique de l'Ouest et 2,8 en Afrique de l'Est). Or la fécondité projetée par les Nations unies est plus basse, puisqu'elle est de 2,5 enfants par femme en 2050 (dans la révision 2002, comme dans la révision 2006). Selon le modèle utilisé, l'augmentation moyenne de la prévalence d'un point par an, observée ces dernières années en Afrique de l'Est, paraît donc cohérente quoique peut-être insuffisante pour atteindre les niveaux de fécondité projetés séparément. Il n'en va pas du tout de même concernant l'Afrique de l'Ouest, où l'augmentation moyenne de la prévalence observée ces dernières années (0,3/0,4 point par an) est trois fois plus faible que celle qu'il conviendrait d'avoir pour atteindre les niveaux de fécondité projetés. Pour l'Afrique centrale, avec une augmentation moyenne d'un point de la prévalence contraceptive, la fécondité serait de 4,2 enfants par femme en 2050 (contre 2,6 projetés dans la révision 2002 et 2,8 dans la révision 2006). Cette baisse modeste est le résultat de l'emploi massif de méthodes traditionnelles peu efficaces dans cette sous-région. Comme pour l'Afrique de l'Ouest, l'augmentation moyenne de la prévalence contraceptive, observée ces dernières années en Afrique centrale (0,25 point par an pour les méthodes modernes), paraît beaucoup trop faible par rapport à ce qu'il conviendrait d'avoir pour atteindre les niveaux de fécondité projetés.

En fait, dans le modèle utilisé, il faut combiner une augmentation annuelle de la contraception d'un point par an et l'emploi de méthodes modernes, efficaces, de contraception par plus de 90 % des utilisatrices (comme c'est le cas en Afrique australe, mais ce qui suppose aussi des programmes de planification familiale efficaces), pour arriver à des niveaux de fécondité se situant entre 2,1 et 2,6 enfants par femme en 2050, proches de ceux projetés par les Nations unies (Guengant et May, 2006). Ces résultats suggèrent donc que les baisses de la fécondité pourraient être beaucoup moins rapides que celles qui sont anticipées actuellement, notamment pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale. Certes, les baisses futures de la fécondité peuvent être accélérées, du moins en partie, par le jeu d'autres déterminants, en particulier par des baisses importantes des pourcentages de femmes en union, par un recours massif à l'avortement ainsi que par un passage massif des méthodes traditionnelles à des méthodes modernes plus efficaces (qui permettent d'arriver à

un niveau donné de fécondité – 3 enfants par femme par exemple – avec un pourcentage moindre de femmes utilisant la contraception). On pourrait aussi supposer une accélération prochaine, majeure, de la diffusion de l'usage de la contraception. Cependant, les résultats les plus récents à ce sujet ne vont pas dans le sens de cette hypothèse, au contraire. D'autre part, le basculement des priorités, au niveau international, vers la lutte contre la pauvreté n'est pas favorable non plus, on l'a vu, à un soutien renouvelé et conséquent des programmes de planification familiale.

Les projections comme outil d'aide à la décision

Il ne s'agit pas ici de remettre en cause l'utilité des projections tendancielles des Nations unies ou des autres projections de ce type, qui restent nécessaires. Il convient simplement de souligner que les projections peuvent également être utilisées comme outil d'aide à la décision. C'est le cas en particulier des projections que l'on peut faire avec le modèle « Spectrum » développé par « The Futures Group International » (Stover et Heaton, 1999 ; Stover, 1999). Fondé sur le modèle de Bongaarts (Bongaarts, 1978) et partant d'une projection démographique classique par cohorte, ce modèle permet d'évaluer les relations entre les indices synthétiques de fécondité et les déterminants proches de la fécondité (pourcentage de femmes en union, prévalence de la contraception, insusceptibilité post-partum, avortement et stérilité pathologique). Le modèle tient également compte de la répartition des méthodes utilisées, et donc de leur efficacité moyenne. Un module de ce modèle permet en outre d'évaluer les relations entre niveaux de mortalité et prévalence du VIH/Sida.

Des projections de ce type ont été réalisées récemment au Niger pour la période 2005-2050, avec pour objectif de mettre en évidence les choix stratégiques possibles en matière de population (Harouna *et al.*, 2005). Deux scénarios ont ainsi été opposés : un scénario tendanciel et un scénario d'intervention dit « appel à l'action », qui aboutissent à des résultats contrastés. Dans le scénario tendanciel, qui suppose la poursuite d'une augmentation lente de 0,5 point de pourcentage par an de la prévalence de la contraception, une efficacité moyenne faible (0,74) des méthodes utilisées (avec en conséquence un recours important aux méthodes traditionnelles) et la poursuite des mariages précoces, la population passerait de 12,5 millions en 2005 à 24 millions en 2025 et à 56 millions en 2050, chiffre proche de celui projeté par les Nations unies en 2006 (53 millions pour l'hypothèse moyenne). Selon ce scénario tendanciel, la croissance de la population serait toujours de 3,3 % par an en 2050, avec une augmentation annuelle de près de 2 millions par an, soit cinq fois plus qu'aujourd'hui. Quant au scénario interventionniste (« appel à l'action »), il suppose une progression d'un

point de pourcentage par an de la prévalence contraceptive, mais aussi la généralisation du recours à des méthodes efficaces (conduisant à une efficacité moyenne de 0,94), la lutte contre les mariages précoces et le maintien d'un allaitement maternel long. Avec ces hypothèses, la population du Niger passerait de 12,5 millions en 2005 à 21 millions en 2025 (contre 24 selon l'hypothèse précédente) et 32 millions (contre 56) en 2050. La population continuerait alors toujours de croître, mais à un rythme plus modeste (1,4 % par an), soit deux fois moins qu'aujourd'hui, et l'accroissement annuel serait de 460 000 habitants, un chiffre voisin de celui enregistré aujourd'hui (390 000 en 2005). En fait, c'est dans la comparaison de l'évolution des structures par âges que l'on voit le mieux l'impact à court terme et à long terme des hypothèses de ce scénario interventionniste (voir figures 4a et 4b). Le scénario « appel à l'action » pourrait ainsi permettre de maintenir le nombre de naissances par an entre 600 000 et 700 000, de 2005 à 2015, alors que dans le scénario tendanciel le nombre annuel de naissances serait de 1,1 million en 2015, soit deux fois plus.

Cet exercice de projection met en évidence deux points importants. Tout d'abord, contrairement à une idée reçue très tenace, les actions et les programmes dans le domaine de la population sont susceptibles d'avoir des effets à court terme, et pas seulement à long terme, lorsque l'on va au-delà de l'examen de la croissance et de la taille de la population totale. En effet, la maîtrise de la croissance des naissances et sa stabilisation rapide éventuelle permettent de consacrer davantage de moyens au « rattrapage », c'est-à-dire à l'augmentation des taux de couverture sanitaire des mères et des enfants, des taux d'entrée dans le primaire, etc. Ensuite, la réalisation des objectifs du Caire en matière de « droits reproductifs individuels » permet, à terme, d'arriver à une maîtrise de la fécondité et de la croissance démographique sans qu'il soit nécessaire de recourir « au contrôle des naissances » ou à des objectifs autoritaires et liberticides concernant la taille des familles. Le scénario « appel à l'action » est ainsi censé combiner, premièrement, le libre choix de la population d'utiliser diverses méthodes contraceptives efficaces, ce qui devrait se traduire par une augmentation réaliste régulière de l'utilisation de la contraception d'un point de pourcentage par an ; deuxièmement, une liberté plus grande concernant les mariages, qui se traduirait par une réduction majeure des mariages précoces et, en conséquence, par une diminution de la proportion des femmes en union entre 15 et 49 ans ; et, troisièmement, le maintien d'une durée élevée de l'allaitement maternel, bénéfique à la santé des enfants et de leurs mères, et favorisant l'espace des naissances. La réalisation de ce scénario permettrait ainsi d'orienter de manière souple les politiques et les programmes à venir en termes de choix et de liberté pour les femmes et les couples dans le domaine de la santé de la reproduction.

Figure 4a. Pyramide des âges en effectifs en 2005, 2025 et 2050, scénario « appel à l'action »

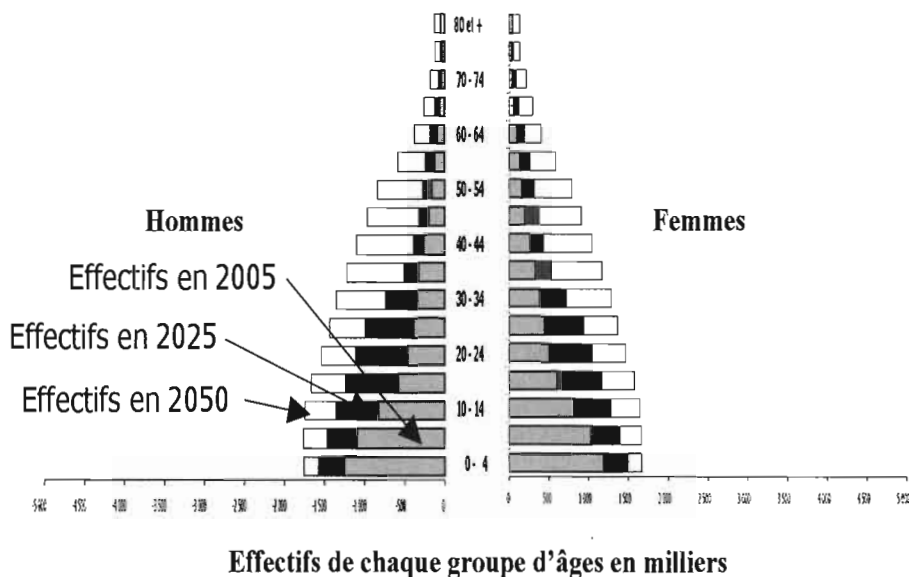
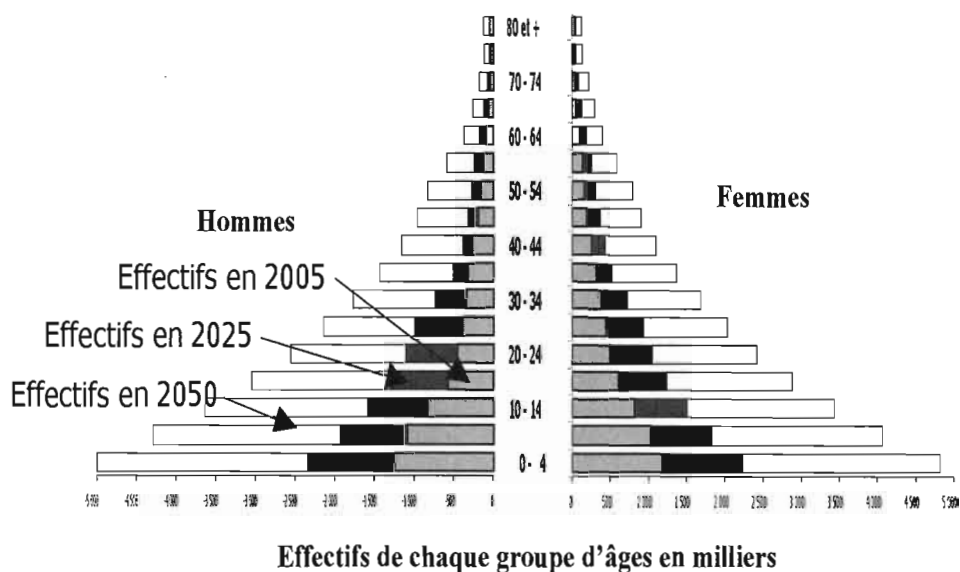


Figure 4b. Pyramide des âges en effectifs en 2005, 2025 et 2050, scénario tendanciel



Source : Harouna *et al.* (2005).

Il n'est pas question de mettre ici en avant les bénéfices immédiats qu'engendreraient les actions associées au scénario de type « appel à l'action », dans le domaine de la population, pour les opposer aux bénéfices plus lointains d'autres programmes, dans les domaines sanitaire, scolaire et du développement. Comme on l'a vu, garantir l'accès à des services en santé de la reproduction prendra probablement autant de temps, sinon plus, au Niger, que garantir l'éducation et la santé pour tous. Par conséquent, il est clair que les programmes en matière de population auront d'autant plus de succès qu'ils seront menés de manière interactive avec d'autres programmes prioritaires de développement. Cependant, la prise en compte des contraintes démographiques est également importante pour renforcer les chances de succès de ces programmes.

Il est intéressant de remarquer qu'après avoir étudié les projections publiées en 2005, et en s'appuyant sur leurs résultats, le gouvernement du Niger a adopté en Conseil des ministres, le 14 février 2007, une « Déclaration de politique de population » (UNFPA Niger, 2007). L'objectif global déclaré de cette politique reste la réduction de la pauvreté, mais ce, en partie, « grâce à l'acquisition d'une mentalité et de comportements reproductifs aptes à induire au sein des populations une augmentation significative de l'utilisation de la contraception et une réduction des mariages précoces. Ces comportements permettront d'enclencher un ralentissement progressif de la croissance démographique du pays. Pour atteindre cet objectif global, le Gouvernement entend garantir d'ici 2015, à tous ceux qui le souhaitent, l'accès à des services de proximité en santé de la reproduction sûrs, efficaces, abordables et acceptables et tout mettre en œuvre afin que l'utilisation de méthodes de contraception augmente d'au moins un point de pourcentage par an dès 2007 » (UNFPA Niger, 2007). Les initiatives que le gouvernement entend prendre pour atteindre ces objectifs sont « l'information, l'éducation et la communication en santé de la reproduction telle que définie par la loi en la matière ; l'extension de l'utilisation des services en santé de la reproduction, notamment en planification familiale ; la promotion économique des femmes ; la responsabilisation des couples ; et la prise en compte des interrelations entre population et développement » (*ibid.*).

La mise en œuvre de cette politique, adoptée donc début 2007, en est à ses débuts et il est encore trop tôt pour prédire ses chances de succès. Il est cependant évident qu'une telle politique requiert le maintien d'un engagement fort en faveur de la santé de la reproduction et de la planification familiale, suppose la lutte contre le mariage précoce et la valorisation de l'allaitement maternel, et nécessite un appui financier conséquent. En tout cas, cette initiative nigérienne relance le débat sur le contenu et l'efficacité des politiques de population adoptées en Afrique subsaharienne dans les années 1980 et 1990 comme du « prêt-à-porter », et qui

sont restées pour la plupart au niveau des déclarations faute d'engagement réel et de soutien. John May indique à ce sujet que la mise en œuvre de politiques nationales de population par les autorités publiques peut prendre trois formes. La première consiste en un ensemble d'efforts visant à promouvoir le bien-être des populations et le développement socio-économique du pays (l'objectif est consensuel mais trop large). La seconde consiste en la mise en œuvre de programmes de planification familiale (l'objectif est précis, mais trop étroit). Enfin la troisième et dernière forme est celle de l'adoption formelle de politiques de population (ayant divers contenus possibles). Ces trois formes ne sont pas exclusives (May, 2005). L'auteur souligne qu'il reste important, compte tenu des multiples contraintes auxquelles les gouvernements sont confrontés, de bien évaluer et définir les priorités, d'avoir des stratégies d'intervention précises, de rechercher le soutien de la population et d'obtenir sa participation, la plus large possible, aux objectifs de la politique de population retenue. Et de conclure que les politiques de population, loin d'être démodées, sont toujours pertinentes, à condition d'être bien en phase avec les problèmes de population spécifiques qui se posent dans chaque pays.

Conclusion

L'ensemble des résultats présentés dans ce chapitre pointe vers une conclusion essentielle. Contrairement à une idée largement répandue, imputable à une lecture trop rapide des évolutions en cours, la transition démographique, même si elle est effectivement engagée, ne sera pas achevée dans les décennies qui viennent, en tout cas pas avant 2050, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Qu'il s'agisse des niveaux projetés de fécondité, de mortalité ou de croissance démographique, il semble qu'en 2045-2050, une douzaine de pays seulement pourraient avoir une fécondité de 2 enfants par femme ou moins, en moyenne, et une espérance de vie à la naissance supérieure à 70 ans. Par ailleurs, seuls une demi-douzaine de pays pourraient avoir une croissance annuelle de leur population de 1 % ou moins. Au niveau global, l'Afrique subsaharienne pourrait ainsi continuer à avoir, entre 2045-2050, une croissance démographique annuelle de 1,3 %, c'est-à-dire six fois plus élevée que les croissances anticipées pour l'ensemble de l'Asie et de l'Amérique latine (qui seraient alors de 0,2 % par an).

Parallèlement, l'idée que le VIH/Sida constitue une menace sérieuse pour la survie et la santé des populations d'Afrique subsaharienne est

toujours dominante. Cette menace existe, et elle est même très sérieuse dans une demi-douzaine de pays. Toutefois, l'impact meurtrier de l'épidémie, tout en restant important, ne change pas fondamentalement les défis que pose la forte croissance démographique, passée et future, à la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Suite au basculement des priorités au niveau international vers la lutte contre la pauvreté leur ampleur est au mieux sous-estimée, au pire ignorée. Pourtant ces défis sont considérables et sont susceptibles d'enfermer nombre de pays dans des trappes à pauvreté dont ils pourraient avoir des difficultés à sortir.

Ces défis sont multiples mais ils restent liés à deux dimensions essentielles. La première concerne le temps. Les baisses de fécondité et de mortalité anticipées (notamment pour les enfants) peuvent avoir des effets relativement rapides sur le nombre d'enfants et les services qui leur sont associés (structures et personnels pour les accouchements, les soins, les vaccinations, etc.). Mais les effets de ces baisses sont décalés de 15 à 20 ans en ce qui concerne les jeunes adultes et donc les arrivées sur les marchés de l'emploi africains. Ils sont décalés d'au moins 60 ans pour ce qui est des effectifs des « vieux », comme on dit en Afrique. La deuxième dimension attachée aux défis démographiques qui se posent en Afrique subsaharienne est l'optimisme relatif des hypothèses des projections. Les baisses rapides de la mortalité ou de la fécondité, anticipées dans la révision 2006 des projections des Nations unies, sont en effet relativement « optimistes ». On oublie à ce sujet que l'écart de population, projeté en 2050, entre l'hypothèse dite basse et l'hypothèse dite haute (1,5 milliard et 2 milliards, ce qui correspond respectivement à 2 et 3 enfants par femme) est d'un demi-milliard et que la réalisation de telle ou telle hypothèse dépend largement de ce qu'entreprendront dans le domaine économique et social, mais aussi dans celui de l'exercice des droits reproductifs de chacun, les différents acteurs d'aujourd'hui. Le problème ici n'est pas lié à l'effectif de la population, mais plutôt à la poursuite ou non d'un rythme élevé de croissance démographique.

En nous appuyant sur la révision 2006 des projections des Nations unies, examinons maintenant les cinq principaux défis purement démographiques, c'est-à-dire liés aux effectifs et à leur croissance, qui vont se poser à l'Afrique subsaharienne.

Le premier défi auquel les pays devront faire face est l'augmentation du nombre annuel des naissances, lesquelles passeront de quelque 28 millions en 2000 à 37 millions dans les années 2030 pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, ce qui implique des besoins accrus en termes de suivi des grossesses, d'assistance à l'accouchement, de vaccinations, de soins postnataux, alors que ces services sont loin d'être assurés aujourd'hui de manière satisfaisante pour l'ensemble des populations. Ensuite, après 2030, l'hypothèse moyenne, qui prévoit une baisse rapide

de la fécondité, anticipe une stabilisation du nombre des naissances annuelles, qui pourrait aider à combler les manques quantitatifs et qualitatifs actuels. Toutefois, cette stabilisation ne pourra se produire que si la diffusion de l'usage de la contraception est organisée et stimulée.

Le second défi est celui du recul de la mortalité des enfants. L'hypothèse moyenne retient à ce sujet une diminution des deux tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 2000 et 2050. Mais, entre ces deux dates, le nombre d'enfants de moins de 5 ans que les centres de santé auront à suivre devrait augmenter de 50 %. Cependant, ces centres de santé ne sont pas partout, aujourd'hui, en nombre suffisant et ils ne sont pas toujours correctement dotés en personnel, matériel et médicaments.

Le troisième défi est celui de la scolarisation de l'ensemble des enfants au niveau primaire et d'une fraction substantielle d'entre eux au niveau secondaire. Avec les hypothèses actuelles de baisses de la fécondité et de la mortalité, le nombre d'enfants de 5 à 14 ans devrait quasiment doubler entre 2000 et 2030, et il ne sera pas encore définitivement stabilisé en 2050. Or la scolarisation au primaire n'est pas encore universelle dans tous les pays, et la scolarisation au niveau secondaire reste à des niveaux très modestes dans la plupart d'entre eux.

Le quatrième défi est celui de l'emploi. Tout d'abord, les arrivées sur les marchés de l'emploi vont doubler entre 2000 et 2030, et passer de 14 à 27 millions pour les deux sexes. Ceci est une quasi-certitude puisque la plupart de ces jeunes sont déjà nés. Ensuite, la population active potentielle connaîtra des augmentations encore plus fortes. La population de 15 à 64 ans devrait en effet tripler entre 2000 et 2050, et passer de 360 millions à 1,1 milliard. Ces nouveaux arrivants pourront-ils s'insérer massivement dans de nouvelles activités telles que l'agro-industrie, les activités manufacturières ? Les activités informelles continueront-elles, au contraire, à occuper l'essentiel des actifs comme elles le font actuellement ?

Enfin, le cinquième défi est celui de l'augmentation des personnes âgées. Conséquence des fortes croissances démographiques des cinquante dernières années, l'Afrique subsaharienne sera la région du monde qui connaîtra les plus fortes augmentations de la population des 65 ans et plus. Entre 2000 et 2050, celle-ci devrait en effet être multipliée par 5 et atteindre 102 millions de personnes en 2050, parmi lesquelles 15 millions pourraient avoir 80 ans et plus. Comment s'organisera la prise en charge économique et médicale de ces aînés – qui ne représenteront, il est vrai, que 6 % de la population totale (contre 30 % en Europe) – en l'absence de systèmes de retraite et de systèmes de prise en charge des soins, comme c'est le cas actuellement dans la plupart des pays ? De tels systèmes pourront-ils être mis en place ?

Anticiper et prévoir permet, en principe, de mieux construire le futur. C'est pourquoi il est important de poser ces questions, même s'il est encore très difficile d'y répondre. L'adoption de nouvelles politiques de population s'appuyant sur les droits reproductifs individuels reconnus au Caire et se concentrant sur quelques-unes seulement des composantes de la santé de la reproduction, en particulier la liberté de choisir de manière informée le moment et le nombre de ses grossesses, pourrait sensiblement réduire l'ampleur de plusieurs des défis qui viennent d'être évoqués. La place de l'Afrique subsaharienne dans le monde au XXI^e siècle sera conditionnée, plus qu'on ne veut bien l'admettre, par sa démographie, et il est important, à ce sujet, de souligner à nouveau qu'il ne faut pas confondre la masse de la population à un moment donné et son rythme de croissance. Certains analystes pensent qu'après l'explosion démographique du XX^e siècle, les baisses de la fécondité se généraliseront et conduiront partout, selon un scénario de convergence, à des niveaux inférieurs au remplacement des générations et donc à un vieillissement généralisé (Chesnaïs, 2001). Ce qui pourrait ramener la population mondiale aux chiffres atteints dans la seconde moitié du XX^e siècle¹⁷. D'autres retiennent plutôt un scénario de divergence et pensent que le monde pourrait rester longtemps divisé en deux groupes. Le premier groupe serait constitué de pays développés, en développement, émergents, etc., qui devraient atteindre très rapidement des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement des générations. Le second groupe serait constitué des pays les moins avancés, et aussi les plus pauvres, pour la plupart situés en Afrique subsaharienne, où la fécondité resterait élevée (Caldwell, 2002). Dans ce scénario, le défi démographique de demain, au niveau mondial, serait d'un côté de s'ajuster au vieillissement des populations et à leur diminution dans les pays à faible fécondité, et d'un autre côté de maintenir un intérêt et un soutien humain et matériel suffisant pour des programmes visant à maîtriser la fécondité et la croissance démographique dans les pays à forte fécondité. Entre ces visions « convergente » et « divergente », il est possible d'adopter un paradigme de « diversité », en recomposition permanente. Ceci correspond bien à la diversité des régimes démographiques actuels avec en gros trois grands groupes : premièrement les pays dont la croissance est toujours forte et le niveau de fécondité élevé, deuxièmement ceux dont la croissance est plus modeste et le niveau de fécondité intermédiaire (certains pays peuvent rester à ce niveau assez longtemps), et troisièmement les pays à faible fécondité, en vieillissement rapide et en déclin. Une diversité qui n'exclut pas l'interdépendance.

17. Quatre milliards par exemple, chiffre atteint en 1975 et projeté pour 2150 dans l'hypothèse basse des projections à long terme des Nations unies réalisées en 2004 (United Nations, 2004c).

Bibliographie

- AMIN S. (1972), « L'Afrique sous-peuplée », *Développement et Civilisations*, n° 47-48, p. 59-67.
- BIRABEN J.-N. (2003), « L'évolution du nombre d'hommes », *Population et Sociétés*, n° 394, octobre.
- BLANC A.K. et TSUI A.O. (2005), « The Dilemma of Past Success: Insiders' Views on the Future of the International Family Planning Movement », *Studies in Family Planning*, vol. 36, n° 4, p. 263-276.
- BONGAARTS J. (1978), « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1, p. 15-45.
- CALDWELL J.C. (2002), « Contemporary Population Challenge », Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 11-14 March, <http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/RevisedCaldwellpaper.pdf>.
- CALDWELL J.C. et CALDWELL P. (2002), « Africa: The New Family Planning Frontier », in Caldwell J.C., Phillips J.F. and Khuda B. (eds.), *Studies in Family Planning*, vol. 33, n° 1, p. 76-86.
- CASTERLINE J. (2001), « Diffusion Processes and Fertility Transition », in Casterline J. (ed.), *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, Washington D.C., National Academy Press, p. 1-38.
- CHESNAIS J.-C. (2001), « Comment: A March Toward Population Recession », *Population and Development Review*, Supplement, vol. 27, p. 255-259.
- COLLOMB P. (1999), *Une voie étroite pour la sécurité alimentaire d'ici à 2050*, Paris, Economica.
- COURADE G. et TICHIT C. (2006), « Les Africaines font trop d'enfants : une bombe démographique en puissance », in Courade G. (dir.), *L'Afrique des idées reçues*, Paris, Belin, p. 325-321.
- CRUSH J. (2003), « South Africa: New Nation, New Migration Policy? », Migration Policy Institute-Migration Information Source. <http://migrationinformation.org/Profiles/print.cfm?ID=131>.
- DIOP-MAES L.-M. (1978), *Le sous-peuplement de l'Afrique noire*, Bulletin de l'Institut fondamental d'Afrique noire, Série B, Sciences humaines, vol. 40, n° 4, p. 718-862.
- (1996), *Afrique noire, démographie, sol et histoire : une analyse pluridisciplinaire et critique*, Paris, Présence africaine-Khepera.
- DUBRESSON A. et RAISON J.-P. (2003), *L'Afrique subsaharienne. Une géographie du changement*, Paris, Amand Colin-VUEF.

- FERRY B. (2002), « L'impact démographique du VIH/Sida », *La Chronique du CEPED*, n° 44, juillet.
- FUTURS AFRICAINS (2003), *Afrique 2025 : quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara*, Paris, Karthala, coll. « Tropiques ».
- GUENGANT J.-P. (2002a), « The Proximate Determinants during the Fertility Transition », Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, dans *Population Bulletin of the United Nations*, www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/2RevisedGUENGANTpaper.pdf.
- (2002b), « Révolution dans le champ des projections démographiques », *La Lettre du CICRED*, Supplément au n° 6, décembre, p. 9-12, http://www.cicred.org/Fr/Publications/lettres/6_FrSuppl.pdf.
- (2006), « Migrations et développement : entre vérités occultées et incertitudes ? », in Badie B. et Didiot B. (dir.), *L'État du Monde 2007*, Paris, La Découverte, p. 83-87.
- GUENGANT J.-P. et BANOIN M. (2003), *Dynamique des populations, disponibilités en terres et adaptation des régimes fonciers. Le Niger*, Paris, FAO-CICRED, <http://www.cicred.org/Eng/Publications/pdf/MonoNiger.pdf>.
- (2004), « Mil, démographie et sécurité alimentaire au Niger », in Bezançon G. et Pham J.-L. (dir.), *Ressources génétiques des mils en Afrique de l'Ouest. Diversité, conservation et valorisation*, Paris, IRD Éditions, coll. « Colloques et Séminaires », p. 15-30.
- GUENGANT J.-P. et MAY J.-F. (2006), « L'impact des déterminants immédiats de l'évolution à venir de la fécondité en Afrique subsaharienne », in *Perspectives de baisse du taux de fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé*, Bulletin démographique des Nations unies, Numéro spécial n° 46/47 2002, p. 93-131.
- GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. (2005), « The Cairo Approach: Making RH and FP Programmes more Acceptable or Embracing too much ? », Congrès de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, UIESP, Tours, 13-18 juillet, <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50775>.
- HAROUNA S., SOUMAILA B., ISSAKA M.H., GUENGANT J.-P. (2005), *Projections de la population du Niger de 2005 à 2050 : un appel à l'action*, Ministère de l'Économie et des Finances, Secrétariat Général, Bureau Central du Recensement, République du Niger, Travaux démographiques, vol. 1, n° 1, Niamey, avril.
- JAFFRÉ Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.) (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- KI-ZERBO J. (1972), *Histoire de l'Afrique noire*, Paris, Hatier.
- LLOYD C.B., KAUFMAN C.E. et HEWETT P. (2000), « The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa: Implications for Fertility

- Change », *Population and Development Review*, vol. 26, n° 3, p. 483-515.
- LOCOH T. et MAKDESSI Y. (1995), « Baisse de la fécondité : la fin de l'exception africaine », *La Chronique du CEPED*, n° 18, juillet-septembre.
- LUKE N. et COTTS WATKINS S. (2002), « Reactions of Developing-Country Elites to International Population Policy », *Population and Development Review*, vol. 28, n° 4, p. 707-733.
- MAY J.F. (2005), « Population Policy », in *Handbook of Population*, Springer US., Poston D. and Micklin M. Handbooks of Sociology and Social Research, p. 827-852.
- MOUNKAILA H. (2003), « Crise ivoirienne et crise des migrations sahéliennes », *Sciences au Sud, le journal de l'IRD*, n° 19, mars-avril.
- NATIONS UNIES (1966), *Les Perspectives d'avenir de la population mondiale évaluées en 1963*, New York, Nations unies, Département des affaires économiques et sociales, Études démographiques, n° 41.
- (1995), *Rapport sur la conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994, New York, A/Conf.171/13/Rev.1. http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport_icpd_fre.pdf.
- (2006), *Suivi de la situation mondiale en matière de population : migrations internationales et développement*, New York, Nations unies, Conseil économique et social, E/CN.09/2006/3.
- NGONDO A PITSHANDENGE S. (1988), « Politiques et programmes de population en Afrique : précisions des objectifs et adéquation des moyens », in *L'Évaluation des politiques et programmes de population*, Paris, AUELF-UREF, John Libbey Eurotext. 1994, p. 99-109.
- OCDE (2005), *Tendances des migrations internationales, SOPEMI*, 2004, Paris.
- (2006), *Perspectives des migrations internationales, SOPEMI édition 2006*, Paris.
- (2007), *Perspectives des migrations internationales, SOPEMI édition 2007*, Paris.
- ONUSIDA (2002), *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002*, Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la santé (OMS).
- ONUSIDA (2006a), *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006*, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA, UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, mai, http://www.unaids.org/en/HIVdata/2006GlobalReport/2006-GR_fr.asp.
- (2006b), *Le point sur l'épidémie de SIDA*, Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la santé (OMS), décembre, http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/default.asp.

- ORC Macro (2007), *Measure DHS, STATcompiler*, <http://www.measuredhs.com>, 9 avril.
- PNUD (2006), *Rapport mondial sur le développement humain 2006*, New York-Paris, Programme des Nations unies pour le développement-Economica.
- POURTIER R. (2006), « Afrique. Une identité en mutation », in Badie B. et Didiot B. (dir.), *L'État du Monde 2007*, Paris, La Découverte, p. 148-149.
- ROSS J.A. et PARKER MAULDIN W. (1996), « Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-94 », *Studies in Family Planning*, vol. 27, n° 3, p. 137-147.
- ROSS J.A. et STOVER J. (2000), *Effort Indices for National Family Planning Programs, 1999 Cycle*, MEASURE Evaluation Working Paper No. WP-00-20, Chapel Hill, University of North Carolina, Carolina Population Center.
- ROSS J.A., STOVER J. et ADELAJA D. (2007), « Family Planning Programs in 2004: New Assessments In a Changing Environment », *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, n° 1, March, p. 22-30.
- ROSS J.A., STOVER J. et WILLARD A. (1999), *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs. 116 Countries*, Glastonbury, CT, The Futures Group International.
- SCHOUMAKER B. (2003), « Pauvreté et fécondité en Afrique subsaharienne : une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé », *Études de la population africaine/African Population Studies*, supplément A au vol. 19, <https://tspace.library.utoronto.ca/bits-tstream/1807/5811/1/ep04020.pdf>.
- STOVER J. (1999), *AIM: Version 4. A Computer Program for Making HIV/AIDS Projections and Examining the Social and Economic Impacts of AIDS*, Spectrum System of Policy Models, Washington D.C., The Futures Group International, The Policy Project.
- STOVER J. et HEATON L. (1999), *FAMPLAN: Version 4. A Computer Program for Projecting Family Planning Requirements*, Spectrum System of Policy Models, Washington D.C., The Futures Group International, The Policy Project.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-586.
- UNFPA Niger (2007), *Le Gouvernement du Niger a adopté le mardi 14 février 2007, en Conseil des ministres la Déclaration de politique de population du Niger (PNP)*, <http://www.unfpa.ne/NewsDPNP.htm>.
- UNHCR (2007), « Statistical Yearbook », *UNHCR's Comprehensive Annual Statistical Publication, 2005, 2004... 1995, 1994*, <http://www.unhcr.org/statistics.html>.

UNITED NATIONS (1958), *The Future of Population Growth*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Studies, n° 28.

— (1995), *World Population Prospects. The 1994 Revision*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division, ST/ESA/SER.A/145.

— (1997), *Future Expectations For Below-Replacement Fertility*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, Expert Group Meeting on Below-Replacement Fertility, New York, 4-6 November, <http://www.un.org/esa/population/pubsarchive/belowrep/belowrep.ht>.

— (1998), *World Population Prospects. The 1998 Revision*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ESA/P/WP.150.

— (2001), « Workshop on Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries », New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 9-11 July, <http://www.un.org/esa/population/publications/prospectsdecline/prospectsdecline.htm>.

— (2002a), *The Future of Fertility in Intermediate-Fertility Countries*, Population Division, <http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/RevisedPEPSPOPDIVpaper.pdf>.

— (2002b), « Completing The Fertility Transition », Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 11-14 March, <http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/completingfertility.htm>.

— (2004a), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A/239.

— (2004b), *Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, The 2004 Report.

— (2004c), *World Population to 2300*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A/236.

— (2005), *Base de données sur les indicateurs du millénaire*, United Nations, Statistics Division, ST/ESA/STAT/MILLENNIUMINDICATORSDB/WWW, http://millenniumindicators.un.org/unsd/mifre/mi_goals.asp.

— (2006a), *World Population Policies, 2005*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A.254, <http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2005/wpp2005.htm>.

- (2006b), *Urban Agglomerations, 2005*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, http://www.un.org/esa/population/publications/WUP2005/2005AgglomerationsWallChart_web.xls.
- (2006c), *World Migrant Stock: The 2005 Revision Population Database*, United Nations Population Division, <http://esa.un.org/migration/>.
- (2007), *World Population Prospects: The 2006 Revision, Population Database*, United Nations Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>.
- US BUREAU OF CENSUS (2007), *Census Dates for Countries and Areas of Africa: 1945 to 2014*, <http://www.census.gov/ipc/www/cendates/cenafric.html>.
- ZABA B. et GREGSON S. (1998), « Measuring the Impact of HIV on Fertility in Africa », *AIDS*, n° 12 (supplément 1), S41-S50, voir : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9677188&dopt=Citation.

Mortalité et santé*

Dominique TABUTIN, Bruno SCHOUMAKER
et Bruno MASQUELIER

La transition sanitaire de l'Afrique subsaharienne est faite d'incertitudes et de paradoxes. D'un côté, le développement de programmes modernes de santé publique, l'amélioration de la nutrition, ainsi que des avancées médicales et éducatives ont permis de réaliser des progrès sanitaires substantiels depuis les années 1950. De l'autre, la crise économique quasi généralisée, la déstructuration des systèmes sanitaires de nombreux pays et la propagation du VIH/Sida ont favorisé, ces dernières années, une stagnation des progrès, et, dans certains pays, ont même conduit à un effondrement de l'espérance de vie. Cette situation paradoxale engendre une diversification croissante des régimes de mortalité de l'Afrique subsaharienne, ainsi qu'un renforcement des inégalités sanitaires au sein des différents pays.

Cela constitue un défi de taille pour les programmes de développement, qui ont pourtant placé la santé au centre de leurs priorités depuis le milieu des années 1980. Dès le sommet mondial sur le développement durable qui s'est tenu à Rio en 1992, la santé s'est imposée à la fois comme un indicateur du développement durable et comme l'un de ses déterminants premiers. La rencontre des besoins primaires, la protection des groupes vulnérables, la résolution du défi sanitaire urbain, ainsi que le contrôle des maladies transmissibles figuraient déjà parmi les objectifs primordiaux. En 1997, la Banque mondiale a lancé un signal fort en

* Ce chapitre est en bonne partie extrait de l'article de D. Tabutin et B. Schoumaker intitulé « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », paru en 2004 dans la revue *Population*, n° 3-4, p. 521-622. Quelques données, notamment sur la mortalité des enfants, ont été mises à jour. Les perspectives de recherche y ont été ajoutées.

s'engageant dans une nouvelle stratégie portant sur la santé, la nutrition et la population (World Bank, 1997). Comptant parmi les principaux bailleurs de fonds en matière d'interventions sanitaires, elle a contribué à accroître la visibilité des enjeux associés à la santé, ce qui s'est soldé par une augmentation substantielle des montants accordés à l'aide au développement sanitaire¹. La santé a également été placée au centre des huit Objectifs du Millénaire adoptés en 2000 par les Nations unies. En particulier, les États membres se sont engagés à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015, par le biais d'une généralisation des soins de santé génésique et de la planification familiale. Cet objectif, qui correspond à une baisse annuelle de 5,4 %, semble particulièrement ambitieux pour la région, où la mortalité maternelle est de loin la plus élevée du monde. Comme on le verra, près d'un accouchement sur deux se fait encore sans l'assistance d'un personnel qualifié, sans progrès notable depuis la décennie précédente. La réduction de deux tiers de la mortalité infanto-juvénile compte également parmi les objectifs. Il est déjà manifeste que cette cible ne sera pas atteinte, surtout en Afrique subsaharienne. La mortalité des enfants connaît dans la région une stagnation notable, et dans certains pays, elle amorce même une reprise. La vaccination contre la rougeole, qui constitue un indicateur retenu pour mesurer les progrès en la matière, ne concerne encore que 2 enfants sur 3 et ne se répand que lentement. L'engagement a par ailleurs été pris de réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim, ce qui correspond à une baisse de 2,7 % par an. Là encore l'Afrique subsaharienne reste à l'écart ; elle est la seule région du monde dans laquelle la prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans n'a pas enregistré de progrès depuis le début des années 1990. Enfin, la lutte contre les maladies infectieuses est partie prenante de cette mobilisation mondiale², et les renversements de tendance devront passer par un accès beaucoup plus généralisé à des services de qualité ainsi que par un renforcement de la prévention sanitaire. C'est là encore un enjeu majeur pour la région, puisque nulle part la prévalence du VIH n'y est globalement plus élevée. En ce qui concerne les autres grandes maladies, certains signes sont encourageants, mais on assiste également à la recrudescence d'endémies comme le paludisme, la trypanosomiase, le choléra ou la tuberculose.

1. On compte notamment parmi ces programmes les initiatives Roll Back Malaria en 1998, The Global Alliance for Vaccines and Immunization en 1999, Stop Tuberculosis la même année et The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria en 2002.

2. D'autres engagements plus spécifiques concernent la santé, comme celui d'accroître la disponibilité des médicaments essentiels dans les pays en développement.

Pour éclairer quelque peu ces constats, nous traiterons successivement dans ce chapitre de la mortalité générale puis de la mortalité des enfants. Dans un premier temps, nous détaillerons les évolutions qu'ont connues les espérances de vie, ainsi que les enjeux posés par le VIH/Sida et l'ampleur de la mortalité maternelle. Ensuite, ce sont les niveaux de mortalité des enfants qui retiendront notre attention. Pour tenter de leur donner sens, trois aspects relatifs au recours aux soins seront présentés : la consultation prénatale, l'assistance à l'accouchement ainsi que la vaccination. Nous aborderons enfin les inégalités sociales et sexuelles qui caractérisent la santé des enfants, avant de terminer sur quelques priorités en matière de recherche.

Mortalité générale et espérances de vie : contrastes et changements de tendance

L'Afrique, terre de contrastes, enregistre de 1950 à 1990 des progrès en matière de santé et de baisse de la mortalité, variables selon les pays. Cependant, elle est aussi marquée par des retournements de tendance, des régressions et des chocs, liés notamment au Sida et aux guerres. Dans un bon nombre de pays, la transition sanitaire est désormais en panne. Rappelons néanmoins la prudence requise en matière de mortalité générale. Très peu de pays disposent en effet de données précises sur la mortalité par sexe, âge et cause de décès, en particulier pour les adultes. La plupart des informations sur les espérances de vie nationales depuis 1950 sont des estimations faites par la Division de la population des Nations unies, souvent les seules disponibles et comparables³ (voir tableau annexe 1).

Les progrès de 1950 à 1990

Partant d'espérances de vie particulièrement basses dans les années 1950 (37 ans en moyenne pour la région entière), tous les pays africains progresseront sensiblement dans les années 1960, 1970 et 1980, avec des

3. Des estimations aujourd'hui le plus souvent basées sur la mortalité des enfants (relativement bien connue), avec, pour l'extrapolation aux autres âges, l'utilisation des tables-types de mortalité de Coale et Demeny. Des estimations qui intègrent aussi les risques du Sida dans les pays les plus touchés (pour plus de détails, voir United Nations, 2002b). Dès lors, compte tenu de la fiabilité relative de ces données, nous renonçons ici à présenter les inégalités de mortalité entre hommes et femmes par pays, mais nous le ferons cependant pour les enfants.

gains moyens annuels d'espérance de vie souvent de l'ordre de 0,3 année (tableau 1). Mais en 40 ans, l'Afrique n'a pas rattrapé son retard : même les progrès les plus rapides réalisés sur le continent, en Afrique australe (0,42 année de gain annuel) ou au Botswana (0,48 année), sont restés en deçà de ceux des autres régions en développement, à espérances de vie presque aussi faibles au départ : 0,52 année en Afrique du Nord, 0,66 en Asie de l'Est, 0,56 en Asie du Sud-Est.

Ces progrès observés jusque vers la fin des années 1980 ont bien sûr été divers d'un pays à un autre et ont conduit à des inégalités croissantes dans la région en matière de santé et de mortalité : vers 1950, les espérances de vie (tableau annexe 1) allaient déjà de 30 ans (Angola, Sierra Leone, Mozambique) à 52 ans (Maurice, la Réunion) ; vers 1990, elles allaient de moins de 40 ans (dans des pays touchés par la guerre, comme le Sierra Leone, le Burundi, l'Angola) à 66 ans (Cap-Vert, Sao Tomé et Principe), dépassant même les 70 ans à Maurice et à la Réunion, un bon nombre de pays demeurant à l'époque entre 45 et 53 ans.

Avec le Sida, les guerres et la récession économique, ces transitions sanitaires, déjà plus lentes qu'ailleurs dans l'ensemble, seront brutalement ralenties ou stoppées dans la décennie 1990.

Tableau 1. Espérance de vie, mortalité maternelle et prévalence du Sida par sous-région

Sous-région	Espérance de vie				Taux de mortalité maternelle en 2000 [1]	Taux (%) de prévalence du Sida en 2002 [2]
	1952	1972	1992	2002		
Afrique de l'Ouest	35,5	43,0	50,0	49,6	940	4,4
Afrique centrale	36,1	44,1	45,3	42,7	930	7,0
Afrique de l'Est	36,3	45,0	46,0	43,1	960	12,4
Afrique australe	44,5	53,2	61,3	46,4	360	29,2
Ensemble Afrique subsaharienne	36,7	44,7	48,6	45,7	890	11,3
Afrique du Nord	41,9	51,2	62,7	66,3	130	0,1
Asie de l'Est	42,9	64,2	69,4	72,1	60	0,1
Asie du Sud-Est	41,0	52,0	63,3	66,7	260	0,6
Amérique du Sud	52,0	60,5	67,5	70,1	170	0,5

Source : Tableaux annexes 1 et 2.

Les moyennes sous-régionales calculées sont des moyennes non pondérées des résultats nationaux.

Le Cap-Vert, la Réunion et Maurice ont été exclus de ces moyennes en raison de leur situation exceptionnellement bonne pour l'Afrique.

[1] Le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

[2] Sexes réunis chez les 15-49 ans.

Stagnations et retournements spectaculaires depuis 1990

De 1990-1994 à 2000-2004, toujours selon les estimations des Nations unies (tableau annexe 1), l'espérance de vie régionale stagne en Afrique de l'Ouest (à 50 ans), recule de près de 3 ans en Afrique centrale et en Afrique de l'Est (43 ans en 2002), s'effondre de 15 ans en Afrique australe, qui retrouve aujourd'hui son espérance de vie de 1955 (46 ans) ! Sur les 48 pays au total, 20 (dont une dizaine en Afrique de l'Ouest) connaissent encore un recul de la mortalité, plus lent cependant qu'auparavant ; en revanche, 7 sont en stagnation (Bénin, Nigeria, Éthiopie, etc.), 7 perdent depuis 1990 entre 1 et 5 ans de vie moyenne (Togo, Mozambique, Tanzanie, etc.), 5 perdent entre 5 et 10 ans (Côte d'Ivoire, Cameroun, Kenya, etc.) et près d'une dizaine (d'Afrique australe notamment) entre 10 et... 25 ans⁴. Une évolution que l'on peut qualifier de crise ou parfois même de catastrophe sanitaire sans précédent, et de paradoxe aussi puisque ce sont les pays économiquement émergents d'Afrique australe qui sont particulièrement touchés.

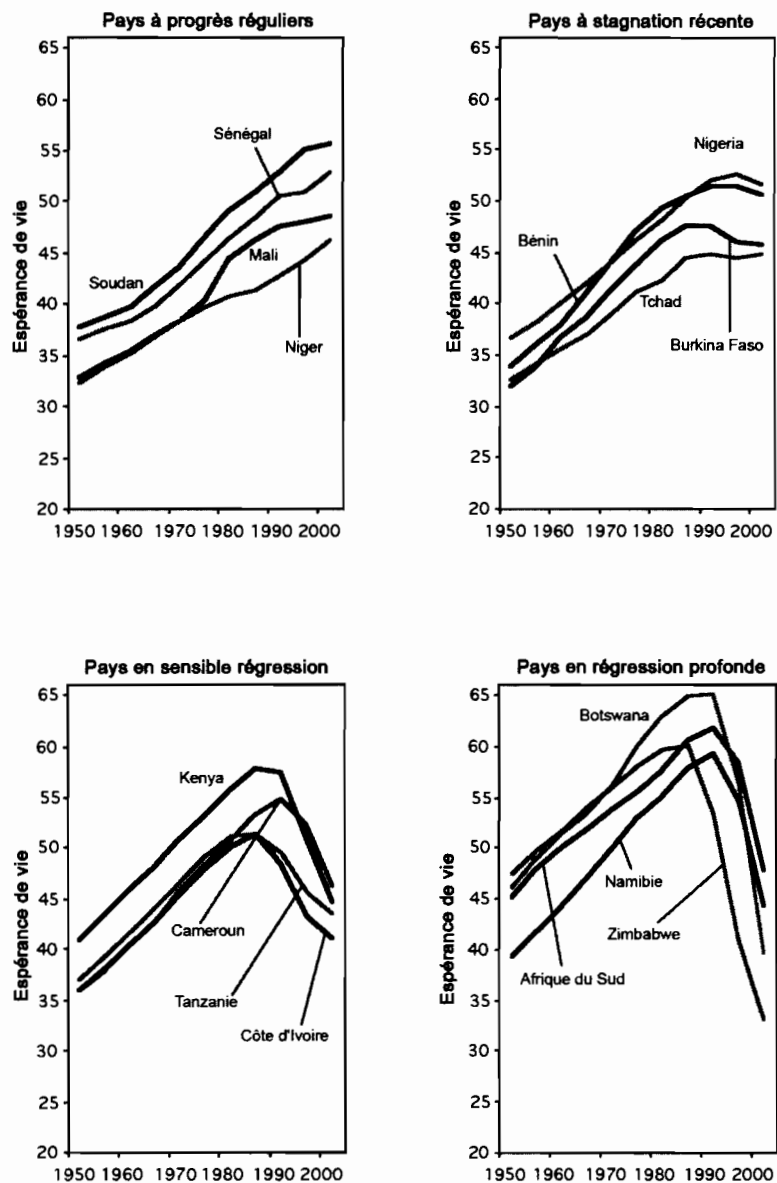
Les pays africains connaissent des parcours sanitaires et des évolutions de mortalité diversifiés depuis 15 ans, que nous illustrons en figure 1 en distinguant 5 types de pays selon l'évolution récente de leur espérance de vie : les pays en progrès régulier, les pays en stagnation récente, les pays en sensible régression, les pays en retournement complet et les pays perturbés par une guerre⁵.

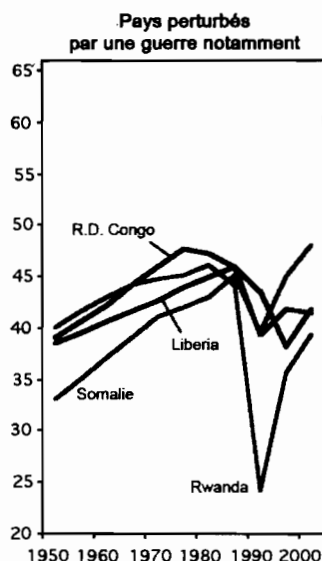
L'irruption du Sida dans les années 1980 et son extension parfois rapide dans certains pays dans les années 1990 sont bien sûr à l'origine d'un certain nombre de ces retournements, parfois spectaculaires et rarement vus dans l'histoire de l'humanité, qui touchent particulièrement une quinzaine de pays, nous l'avons dit. Mais pour tous les pays à stagnation récente, il y a aussi les effets de la crise économique, des plans d'ajustement structurel qui ont déstructuré les secteurs de la santé et de l'éducation, de la pauvreté, qui ont conduit à la recrudescence de maladies infectieuses jusqu'alors « contrôlées » (tuberculose...). Il y a aussi le groupe des pays (figure 1) qui, au cours des quinze dernières années, ont connu une guerre civile meurtrière, parfois longue, allant jusqu'à un génocide au Rwanda. Tous ces conflits ont, bien sûr, des effets directs mais aussi indirects sur la santé et la mortalité des populations, par la destruction de systèmes fonciers et agricoles, le ralentissement ou l'arrêt de l'aide internationale, les déplacements de population...

4. Le Botswana, qui avait en 1990 l'une des meilleures espérances de vie africaines (65 ans), recule de plus de 60 années dans son histoire, en retrouvant aujourd'hui sa mortalité des années 1940.

5. Voir F. Meslé (2003) pour une approche voisine.

Figure 1. Les différentes transitions sanitaires en Afrique subsaharienne : l'évolution de l'espérance de vie de 1950 à 2005





Source : United Nations (2003).

Le Sida : une menace générale

La dernière synthèse récente de l'ONUSIDA (2003) confirme l'importance de la pandémie en Afrique subsaharienne. Elle est de loin la région la plus touchée du monde, avec en 2003 près de 27 millions de personnes vivant avec le VIH/Sida (sur un total de 40 millions dans le monde), 3,2 millions de nouvelles infections (sur un total de 5 millions) et 2,3 millions de décès (sur 3 millions dans le monde)⁶. La prévalence du Sida est actuellement de l'ordre de 10 % pour l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara (tableau annexe 2), contre moins de 1 % partout ailleurs.

Mais la prévalence du VIH varie considérablement à travers le continent (tableau annexe 2), allant, ne serait-ce qu'au niveau sous-régional, de 4,5 % en Afrique de l'Ouest à près de 30 % en Afrique australe. Elle atteint moins de 2 % dans 6 pays seulement sur 38, de 2 à 10 % dans 20 pays, plus de 20 % dans 7 pays, tous d'Afrique australe. Une grande partie des pays et des sociétés africaines sont donc pleinement concernés

6. Ces chiffres sont les centres des fourchettes d'estimations présentées par l'ONUSIDA, qui sont de l'ordre de plus ou moins 15 %.

par cette épidémie sans précédent, qui dans l'ensemble est loin d'être contrôlée. Si la prévalence du VIH diminue bien dans quelques pays comme l'Ouganda, souvent cité, où la lutte contre le Sida est devenue une priorité nationale, ou dans quelques capitales (Addis-Abeba en Éthiopie), le pire est par contre encore à venir dans des pays où la prévalence ne montre guère de signe de stabilisation (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, etc.) (ONUSIDA, 2003).

Nous dirons simplement ici quelques mots sur les grandes caractéristiques et conséquences actuelles ou prévisibles du Sida en Afrique. Contrairement aux pays développés, la transmission du VIH en Afrique est principalement hétérosexuelle et la plupart des femmes infectées en Afrique l'ont en fait été par leur conjoint (Cohen et Reid, 1999). La transmission mère-enfant du VIH au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement représente l'autre grand mode d'infection par le virus dans la région. L'allaitement serait responsable du tiers des cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant, un risque qui constitue un véritable problème de santé publique. En assurer la prévention est une affaire complexe, car aucune solution simple n'existe : l'utilisation des substituts au lait maternel comporte, elle aussi, de forts risques nutritionnels et infectieux, peut-être même 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 (Desclaux et Taverne, 2000). Autre caractéristique de l'épidémie en Afrique subsaharienne, les femmes sont nettement plus touchées que les hommes, d'au moins 20 % (ONUSIDA, 2003), en raison d'une activité sexuelle plus précoce, avec des partenaires sexuels plus âgés, et d'une transmission du VIH plus élevée de l'homme à la femme que l'inverse.

Les conséquences démographiques du Sida ont déjà été évoquées à plusieurs reprises. L'augmentation de la mortalité aux âges adultes en est la conséquence la plus évidente (Timæus, 1999) et le Sida est aujourd'hui parfois considéré comme la première cause de mortalité adulte en Afrique au sud du Sahara. Une étude sur le Zimbabwe a par exemple montré que les quotients de mortalité entre 15 et 50 ans avaient pratiquement triplé en une quinzaine d'années, passant d'environ 150 ‰ au début des années 1980 à plus de 400 ‰ à la fin des années 1990 (Feeney, 2001). La mortalité des enfants, nous le verrons, augmente aussi de manière significative dans les pays fortement concernés par le Sida.

Le ralentissement des croissances démographiques, voire l'apparition de croissances négatives dans les pays les plus touchés dont nous avons déjà parlé, est une conséquence des augmentations de la mortalité. Ce ralentissement, apparent mais modéré au niveau de l'Afrique dans son ensemble, est extrêmement important dans les pays d'Afrique australe. Par exemple, le taux d'accroissement naturel du Botswana devrait être

légèrement négatif au cours de la période 2000-2015, alors qu'il aurait été d'environ 2,2 % en l'absence de Sida. Le Lesotho devrait également voir sa population décroître légèrement, alors qu'un taux de croissance de l'ordre de 1,6 % aurait été observé en l'absence de Sida (United Nations, 2003). Les structures par âge seront également bouleversées par cette recrudescence de la mortalité⁷.

L'épidémie de Sida, au-delà de ses effets démographiques, a bien sûr aussi d'énormes conséquences économiques, sociales et sanitaires. La population d'âge actif est en effet la plus touchée par le VIH/Sida, avec pour effets une perte de capital humain due à l'augmentation de la mortalité et une diminution de la productivité parmi les malades du Sida. Les systèmes de santé se trouvent également fortement affaiblis par l'épidémie, qui absorbe une part croissante des ressources disponibles. Les systèmes éducatifs sont aussi touchés, notamment par l'augmentation de la mortalité des enseignants. Autre conséquence importante de l'épidémie : la croissance rapide du nombre absolu et relatif des orphelins. Le Zimbabwe comptait déjà en 2001 près de 18 % d'orphelins parmi les moins de 15 ans, dont les trois quarts étaient dus au Sida.

Une mortalité maternelle toujours très élevée

Peut-être encore davantage que pour le Sida, les estimations nationales de la mortalité maternelle sont à prendre avec beaucoup de prudence, en Afrique comme ailleurs. En l'absence de causes de décès, ce sont des estimations souvent indirectes, basées sur différentes définitions et méthodes de calcul possibles, qu'il convient simplement de considérer comme des ordres de grandeur probables⁸.

Cette mortalité des femmes pendant leur grossesse, au moment de l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent (définition OMS de la mortalité maternelle) est dans l'ensemble très élevée en Afrique au sud du Sahara. Avec une moyenne régionale estimée à 890 décès pour 100 000 naissances (près d'une femme pour 100 naissances), elle y est

7. L'impact du VIH/Sida sur la fécondité est moins bien connu, mais il semble que la fécondité des femmes séropositives serait de l'ordre de 25 à 40 % plus faible que celle des femmes non infectées, des différences qui s'expliqueraient dans une large mesure par les effets d'autres maladies sexuellement transmissibles associées à l'infection par le VIH (United Nations, 2002a). Les influences indirectes de l'épidémie de Sida sur la fécondité, en particulier à travers la modification des comportements des individus non infectés, sont potentiellement importantes mais encore mal connues (United Nations, 2002a).

8. Ce qui conduit un organisme comme l'OMS à présenter toute estimation pour un pays dans une large fourchette, dont nous retiendrons ici la valeur centrale (WHO, 2003).

trois fois plus élevée qu'en Asie du Sud-Est, cinq fois plus qu'en Amérique latine, sept fois plus qu'en Afrique du Nord, quinze fois plus qu'en Asie de l'Est (tableau 1). Pratiquement 11 % de la population mondiale (l'Afrique noire) rassemble 47 % des décès maternels de la planète, estimés en 2000 à 529 000. Une Africaine sur seize court un risque de décès maternel au cours de sa vie reproductive, contre une Asiatique de l'Est sur 840 et une Européenne sur 2 400 (WHO, 2003). Ces quelques chiffres illustrent les risques énormes qu'encourent toujours en Afrique les mères au cours de leur vie féconde.

Comme les autres phénomènes, la mortalité maternelle varie en Afrique (tableau annexe 2) : en moyenne très élevée (autour de 950 décès maternels pour 100 000 naissances) en Afrique de l'Ouest, centrale et de l'Est, elle est encore à 360 en Afrique australe (trois fois plus qu'en Afrique du Nord). En dehors de Maurice et de la Réunion où elle est basse, elle va selon les pays de 100 (Botswana) à 2 000 (Sierra Leone), avec de nombreux pays entre 700 et 1 200. La mortalité maternelle est bien un problème majeur de santé publique pour toute la région.

Sans entrer ici dans plus de détails, la mortalité maternelle est liée à la fois à l'offre de santé (quantité et qualité des services) et à la demande de santé de la part de la population en matière de suivi des grossesses, de conditions d'accouchement (lieu et type d'assistance) et de suivi postnatal des mères. Elle est aussi liée à la fécondité (nombre d'enfants, âge à l'accouchement, etc.) et à l'état de santé des mères. Nous en verrons certains aspects dans le point suivant.

Mortalité et santé des enfants : progrès, problèmes et incertitudes

La santé et la mortalité des enfants (de 0 à 5 ans) sont toujours une priorité et une préoccupation majeure, tant de la recherche que de l'action en Afrique subsaharienne. D'énormes progrès ont eu lieu depuis les années 1950 ou 1960, mais globalement l'Afrique demeure de loin la région la plus défavorisée à tous points de vue en matière de santé infanto-juvénile (mortalité, consultations pré ou postnatales, vaccination, malnutrition), avec même quelques récents retournements de tendance. Les disparités géographiques ou sociales y sont importantes. La mortalité élevée des enfants est toujours considérée comme un frein sérieux aux changements des comportements reproducteurs et au recul de la fécondité.

Comme pour la fécondité et l'espérance de vie, les évolutions par pays depuis 1950 sont tirées des estimations⁹ des Nations unies (tableau annexe 1), tandis que les données récentes sur la mortalité par âge (en dessous de 5 ans), les conditions d'accouchement, les couvertures vaccinales et la malnutrition proviennent des dernières enquêtes EDS de 30 pays (tableau annexe 3).

Des progrès importants depuis 1950, mais plus lents qu'ailleurs

Dans les années 1950, tous les pays en développement connaissaient une énorme mortalité des enfants, près d'un enfant sur cinq ou six disparaissant avant l'âge d'un an, autour d'un sur quatre avant cinq ans. Et les différences entre grandes régions n'étaient pas énormes (tableau 2). L'Afrique subsaharienne était alors pratiquement au même niveau que l'Afrique du Nord, l'Asie du Sud ou l'Asie de l'Est¹⁰. En 50 ans, les progrès ont été importants, mais ils se sont produits à des rythmes divers.

De 1952 à 1972, la mortalité infantile de l'Afrique a baissé quasiment aussi vite qu'ailleurs, de 1972 à 1992 déjà un peu moins rapidement, mais c'est surtout depuis le début des années 1990 que les signes de ralentissement et d'essoufflement se sont multipliés : 10 % de baisse de 1992 à 2002 pour l'ensemble de l'Afrique noire contre 25 % environ dans toutes les autres régions (tableau 2). Des reprises de mortalité, nous y viendrons, apparaissent même dans certains pays.

Tableau 2. Évolution de la mortalité infantile de 1952 à 2002 par sous-région

Sous-région	Taux (%) de mortalité infantile				Évolution (%)		
	1952	1972	1992	2002	1972-52	1992-72	2002-92
Afrique de l'Ouest	192	143	104	90	- 26	- 27	- 13
Afrique centrale	186	137	118	116	- 26	- 14	- 2
Afrique de l'Est	182	134	109	97	- 26	- 19	- 11
Afrique australe	105	82	52	52	- 21	- 37	0
Ensemble Afrique subsaharienne	180	134	105	95	- 26	- 22	- 9
Afrique du Nord	188	132	67	49	- 30	- 49	- 27
Asie de l'Est	181	56	43	34	- 69	- 23	- 21
Asie du Sud-Est	168	108	55	41	- 36	- 49	- 25
Amérique du Sud	126	84	42	32	- 33	- 50	- 24

Source : Tableau annexe 1.

9. Avec une certaine prudence requise sur les données du passé. En revanche, la mortalité des enfants est aujourd'hui relativement bien mesurée, avec notamment les enquêtes EDS, même si elle y est sans doute un peu sous-estimée.

10. L'Amérique du Sud étant déjà en meilleure position.

Aujourd'hui, avec une mortalité infantile de l'ordre de 95 ‰, l'Afrique subsaharienne est désormais bien loin des autres régions du monde, toutes entre 30 et 50 ‰. Avec en plus une mortalité très élevée entre 1 et 5 ans, de l'ordre de 75 ‰ (tableau 3) : 1 petit Africain sur 7 disparaît aujourd'hui avant l'âge de 5 ans.

Malgré tout, des progrès ont été réalisés, mais plus lentement qu'ailleurs et que ceux que l'on attendait dans les années 1980, variables aussi selon les sous-régions et les pays. L'Afrique australe conserve toujours son avance (52 ‰ de mortalité infantile), mais ne fait plus de progrès depuis l'extension du Sida (avec sa transmission de la mère à l'enfant). À l'autre extrême, l'Afrique centrale, meurtrie par les conflits et la pauvreté, a la mortalité la plus élevée (116 ‰), sans aucun progrès non plus. Afrique de l'Est et Afrique de l'Ouest progressent toujours, mais assez lentement. Mais venons-en à une vision plus fine des changements.

Une hétérogénéité croissante entre pays

En comparant les mortalités infantiles de 48 pays africains en 1960-1964 et 2000-2004, la figure 2 illustre la diversité à la fois des situations et des progrès réalisés en une cinquantaine d'années.

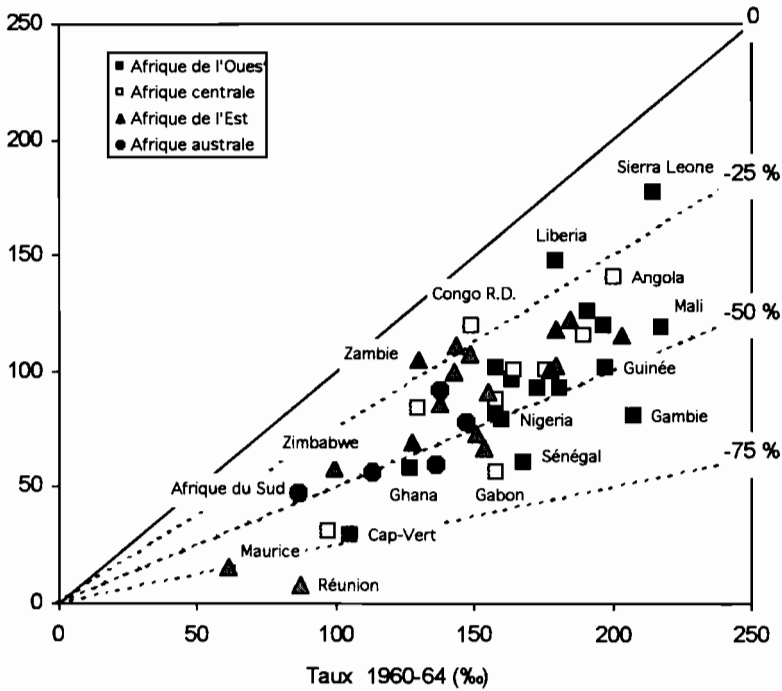
Les inégalités géographiques en matière de mortalité infantile se sont fortement accrues des années 1950 aux années 2000 : en 1950-1954, les taux allaient déjà de 100 ‰ environ (Afrique du Sud, Maurice) à 240 ‰ (Mali, Gambie, Angola) ; ils vont aujourd'hui de 30 ‰ (Cap-Vert, Sao Tomé et Principe)¹¹ à près de 180 ‰ (Sierra Leone), avec de nombreux pays entre 90 et 110 ‰ (tableau annexe 1). Le risque de mortalité entre 0 et 5 ans varie actuellement d'environ 40 ‰ (Cap-Vert) à 300 ‰ (Niger), dans un rapport proche de 1 sur 10.

Cette hétérogénéité croissante est le résultat de la diversité des rythmes de progrès, qui n'ont d'ailleurs guère de relation avec le niveau de départ. Elle est liée aux politiques sociales (santé, éducation, planification familiale), à l'histoire politique, à l'environnement et au degré de développement économique de chaque pays. En Afrique, la mortalité des enfants est fortement liée à l'indice de développement humain¹². Et l'on voit des pays proches géographiquement, ayant *grosso modo* un même environnement climatique et culturel, connaître des situations différentes : par exemple, au Ghana, le quotient de mortalité de 0 à 5 ans est de 108 ‰, tandis que dans les pays voisins, Togo, Côte d'Ivoire et Bénin,

11. Sans parler de Maurice et de la Réunion qui sont respectivement à 16 et 8 ‰.

12. Dont, il est vrai, une des composantes (l'espérance de vie) dépend directement du niveau de mortalité infanto-juvénile.

Figure 2. Évolution de la mortalité infantile de 1960-1964 à 2000-2004 dans 48 pays



Note : Les lignes en pointillé correspondent à des baisses de 25 %, 50 % et 75 %.

Source : United Nations (2003).

il atteint respectivement 146 ‰, 181 ‰ et 160 ‰. Un ensemble de facteurs concourt à cette moindre mortalité au Ghana. Guère plus riche que ses trois voisins, le Ghana est en Afrique subsaharienne parmi les pays les mieux placés en matière de développement humain (8^e rang sur 47 pays), avec notamment un niveau d'alphabétisme adulte relativement élevé (72 %), une politique de santé infanto-juvénile un peu plus efficace (tableau annexe 3), une prévalence contraceptive moderne plus forte (13 % contre 7 % dans les pays voisins) et une fécondité un peu plus basse (4,6 enfants par femme contre 5,2 à 5,6 chez les autres).

Dans tous les pays, la mortalité à moins d'un an comme celle entre un et cinq ans font l'objet de fortes inégalités spatiales et sociales, avec des écarts qui vont fréquemment de 1 à 3 entre villes et campagnes, ou entre groupes sociaux. Nous y reviendrons.

Des ralentissements dans les progrès et des reprises récentes de la mortalité des enfants

La décennie 1990 aura été défavorable aux enfants dans une grande partie de l'Afrique. Certains pays (Sénégal, Bénin, Tanzanie, etc.) connaissent toujours un recul de leur mortalité, mais d'autres (nombreux) sont en phase de ralentissement ou d'arrêt des progrès. Plus encore, une dizaine de pays (Zambie, Zimbabwe, Ouganda, Kenya, Côte d'Ivoire, Cameroun, etc.) sont confrontés depuis une dizaine d'années à une reprise plus ou moins importante de la mortalité des enfants.

La figure 3 illustre cette diversité des évolutions. Elle est basée sur les résultats des deux ou trois dernières enquêtes EDS de 6 pays représentatifs de cette diversité : Burkina Faso, Tanzanie, Ghana, Côte d'Ivoire, Cameroun et Zimbabwe, couvrant au total les années 1975 à 2003¹³. Y figure l'évolution des quotients de la mortalité de 0 à 5 ans et de la mortalité de 1 à 5 ans, toujours et partout plus sensible aux « chocs » ou aux progrès que la mortalité infantile.

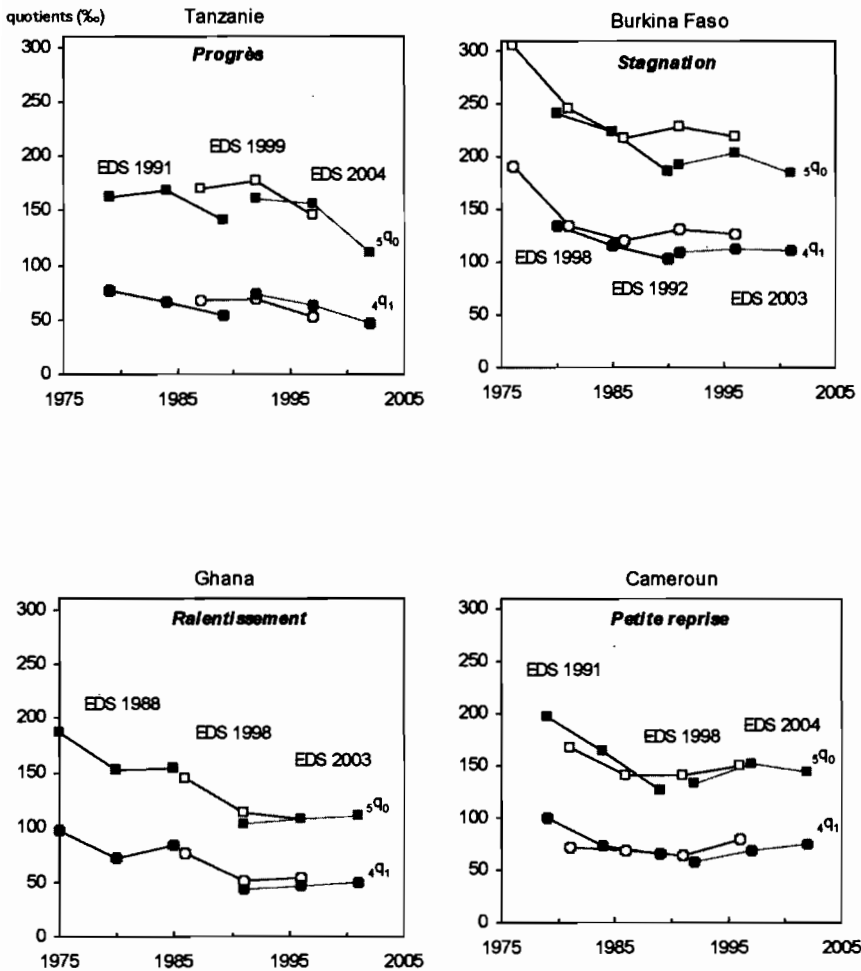
Avec le Malawi, la Guinée, l'Érythrée ou l'Éthiopie, la Tanzanie et le Ghana (tous deux en figure 3) sont globalement en progrès depuis 25 ans, même si le Ghana semble connaître un ralentissement récent. Avec un peu plus d'incohérences entre les enquêtes, le Burkina Faso est en stagnation de mortalité, comme le Mali et le Gabon par exemple. Plus grave, le Cameroun et la Côte d'Ivoire, eux, voient leur mortalité remonter, avec des résultats concordants entre les enquêtes ; comme au Togo, en Zambie, au Nigeria ou au Kenya, cette reprise touche surtout les enfants de 1 à 5 ans, plus sensibles aux maladies infectieuses. Le Zimbabwe, enfin, est l'exemple même de l'impact négatif du Sida sur la mortalité des enfants, comme en Zambie, au Botswana ou dans une moindre mesure en Afrique du Sud. En définitive, en 2000, de nombreux pays retrouvent la mortalité infanto-juvénile qu'ils avaient dans les années 1980.

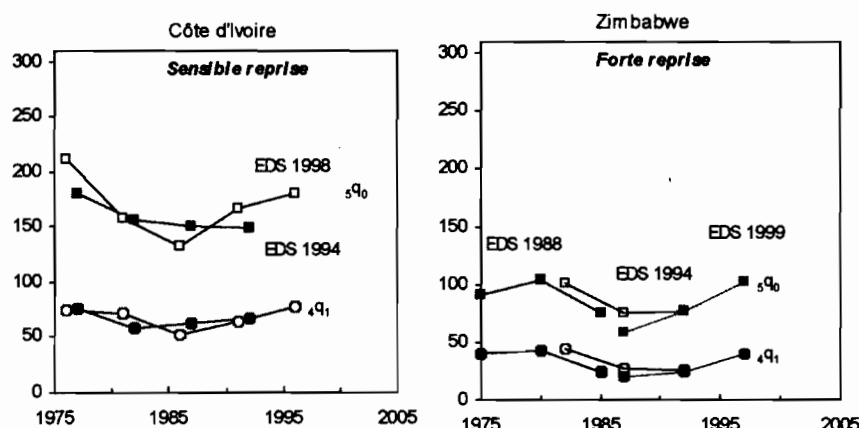
Ces évolutions différentes, parfois même divergentes entre pays, qui n'ont pas de relation avec le niveau de développement sanitaire atteint en 1990, sont à attribuer à un ensemble de facteurs qui s'enchevêtrent et dont le poids varie d'un pays à un autre : le Sida bien sûr, notamment dans les pays les plus touchés, mais aussi la dégradation des conditions de vie et du pouvoir d'achat dans nombre de pays, la déstructuration des

13. Chaque enquête EDS fournit trois estimations relativement fiables sur les périodes 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans précédant l'enquête. En combinant trois enquêtes effectuées dans un pays à 6 ou 8 ans d'intervalle, on couvre ainsi 25 à 30 ans d'histoire de la mortalité des enfants. Ces observations rétrospectives (interviews des mères sur la survie des enfants nés il y a 5, 10 ou 15 ans) ne sont pas exemptes d'omissions ou d'incohérences, sans être mauvaises dans l'ensemble.

systèmes de santé publique, l'augmentation générale des coûts de la santé pour la population, conduisant comme au Cameroun (Beninguise, 2003) à des changements notables de comportements et de pratiques (des classes pauvres comme des classes moyennes) en matière de soins prénatals, d'accouchements ou de vaccinations.

Figure 3. Quelques exemples de stagnation, de ralentissement des progrès et de reprise récente de la mortalité des enfants : évolution de la mortalité juvénile ($4q_1$) et de la mortalité dans l'enfance ($5q_0$) de 1975 à 2005





Les manques en matière médicale : quelques exemples

Pour illustrer la situation sanitaire de l'Afrique et comprendre un peu mieux ces fortes mortalités infanto-juvéniles, prenons trois pratiques importantes pour la santé de la mère et de l'enfant : la consultation prénatale, l'assistance à l'accouchement et la vaccination.

Le tableau annexe 3 présente pour 30 pays ayant réalisé une enquête EDS récente la proportion de naissances survenues sans aucune consultation prénatale, la proportion d'accouchements sans personnel médical ou formé, la proportion d'enfants qui ont reçu une vaccination complète (BCG, DTCQ, polio et rougeole) et enfin la proportion d'enfants en état de sous-nutrition (moyenne et sévère). Le tableau 3 reprend trois de ces indicateurs sous forme de moyennes régionales¹⁴, avec les mortalités correspondantes (néonatales, à moins d'un an, de 1 à 5 ans et de 0 à 5 ans).

La proportion des femmes ayant eu une consultation prénatale varie énormément dans la région et parfois d'un pays voisin à un autre : de plus de 92 % (Cap-Vert, Afrique du Sud, Kenya, Gabon, Ouganda) à moins de 40 % dans des pays sahéliens comme le Burkina Faso, le Mali, le Niger, le Tchad ou l'Éthiopie (le pays le plus défavorisé en matière de santé des enfants), avec entre les deux beaucoup de pays autour de 70 %. Partout, c'est de loin dans les villes et chez les femmes ou couples instruits et économiquement plus favorisés que le suivi des grossesses est le mieux assuré.

14. Nous en avons exclu la proportion des naissances sans consultation prénatale, qui varie beaucoup trop d'un pays à un autre dans une sous-région pour pouvoir en calculer une moyenne (tableau annexe 3).

Tableau 3. Mortalité par âge des moins de 5 ans, conditions d'accouchement, vaccination et malnutrition par sous-région vers 2000 (29 pays)

Sous-région	Quotients (%) de mortalité				% d'accouchements sans personnel formé	% d'enfants malnutris	% d'enfants vaccinés
	néonatale	< 1 an	1-5 ans	0-5 ans			
Afrique de l'Ouest (11)*	40	90	90	172	51	33	36
Afrique centrale (4)	38	84	70	148	44	31	25
Afrique de l'Est (11)	38	92	66	152	58	42	55
Afrique australe (3)	27	56	26	81	26	28	65
Ensemble Afrique (29)	37	86	72	152	50	36	45

Source et définition des indicateurs : Tableau annexe 3.
 *Entre parenthèses, le nombre de pays par sous-région. Les moyennes sous-régionales sont des moyennes non pondérées des résultats nationaux. Le Cap-Vert a été exclu en raison de sa situation exceptionnellement bonne pour l'Afrique de l'Ouest. Le Zimbabwe a intégré l'Afrique australe.

De même, l'Afrique est encore très loin de fournir une bonne assistance médicale à l'accouchement : 50 % des naissances totales de la région surviennent en l'absence de médecin, sage-femme, infirmière ou équivalent (tableau 3), la plupart se déroulant alors à domicile¹⁵. Mais là encore, et sans surprise, on observe de fortes inégalités entre pays : moins de 16 % d'accouchements sans assistance au Cap-Vert, au Gabon et en Afrique du Sud, jusqu'à 70 % et plus dans des pays comme le Burkina Faso, le Tchad et le Rwanda, et même 90 % en Éthiopie (tableau annexe 3). Sans entrer dans les détails, il n'y a pas de relation claire entre le degré d'assistance médicale et le niveau de mortalité néonatale des pays.

La diversité des situations en matière de vaccination n'est pas moindre : 1 enfant sur 3 en Afrique de l'Ouest, 1 sur 4 seulement en Afrique centrale, 1 sur 2 en Afrique de l'Est et 2 sur 3 en Afrique australe ont reçu l'ensemble des quatre vaccins de base, avec à un extrême l'Éthiopie, le Niger et le Nigeria (moins de 20 % d'enfants vaccinés) et, de l'autre, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe (plus de 70 %). Au total, vers 2000, moins d'un jeune enfant africain sur deux était correctement protégé.

Conditions de vie difficiles, faiblesse des pouvoirs d'achat, pauvreté et parfois misère font de l'Afrique une région de malnutrition fréquente et répandue, sans progrès en la matière au vu des enquêtes successives depuis 15 ans. En dehors des petits pays (Cap-Vert, la Réunion, Sao Tomé et Principe) où elle est très faible, elle touche toute l'Afrique, avec des proportions d'enfants souffrant de malnutrition (moyenne et sévère) qui

15. Avec l'aide d'accoucheuses, de parentes, d'amies ou parfois sans aucune aide.

vont de 20 % (Gabon et Togo) à près de 50 % en Éthiopie, à Madagascar et, une fois encore, au Nigeria (tableau annexe 3). Même l'Afrique australe, la plus riche, n'est pas exempte du problème, loin s'en faut. Compte tenu des relations étroites de la malnutrition avec la morbidité et la mortalité infectieuses, on comprend les niveaux souvent élevés de la mortalité à 1, 2 ou 3 ans.

De fortes inégalités sociales et spatiales dans les pays

Avec une situation économique et sanitaire pourtant plus précaire et difficile qu'ailleurs, l'Afrique n'échappe pas à la croissance des inégalités sociales et des disparités spatiales en matière de santé et de mortalité des enfants. Sans s'étendre ici sur cette question importante, prenons simplement l'exemple du Nigeria, le pays le plus peuplé d'Afrique (120 millions d'habitants). Le tableau 4 présente la variabilité des indicateurs de mortalité et de santé selon le milieu d'habitat et le niveau d'instruction des mères.

Comme partout ailleurs en Afrique et dans le monde, le monde urbain du Nigeria est nettement favorisé par rapport aux zones rurales, même si la situation des villes est très loin d'être parfaite. Tous les indicateurs, de mortalité ou de santé, y sont nettement meilleurs, hormis la malnutrition des enfants qui y est presque aussi élevée (42 %) que dans les campagnes (47 %).

De même, au Nigeria comme ailleurs, l'instruction des mères (ou des couples) comme leur niveau de vie (non présenté ici) ont un rôle considérable sur les comportements et pratiques de santé. La mortalité des 0-5 ans varie de 1 à 3 entre niveaux d'instruction extrêmes, celle des 1-5 ans (la plus sensible à l'action sanitaire) de 1 à 7 (tableau 4). Les inégalités sont tout aussi fortes pour les autres indicateurs de santé, en dehors, encore une fois, de la malnutrition qui, au Nigeria, touche aussi énormément les enfants des femmes très instruites (37 %, un résultat un peu surprenant). Les femmes sans instruction (41 % de la population), souvent en situation de pauvreté, sont pour la plupart exclues du système moderne de santé, notamment pour les accouchements et la vaccination.

Tableau 4. Mortalité des enfants, conditions d'accouchement, vaccination et malnutrition au Nigeria (1999) selon le niveau d'instruction et le milieu d'habitat des mères

Variables	Milieu d'habitat		Niveau d'instruction				Total
	urbain	rural	aucun	primaire	secondaire	supérieur	
Mortalité infantile [1]	59	75	77	71	59	40	71
Mortalité 1-5 ans [1]	52	74	87	55	39	13	67
Mortalité 0-5 ans [1]	108	143	157	122	96	53	133
% de naissances avec consultation prénatale	84	56	38	82	91	95	64
% d'accouchements avec personnel formé	58	35	15	55	74	89	42
% d'enfants vaccinés (tous vaccins)	32	11	6	18	33	53	17
% d'enfants malnutris [2]	42	47	56	40	38	37	46
Poids relatif (%) de chaque groupe	31	69	41	23	30	6	100

Source : Rapport national de l'EDS-1999.

[1] Il s'agit respectivement des quotients de mortalité (probabilités de décès) de la naissance à 1 an, de 1 à 5 ans et de la naissance à 5 ans (%). Ces différents quotients diffèrent légèrement de ceux du tableau annexe 3 car les périodes de référence utilisées pour les calculs sont différentes.

[2] Indice taille-pour-âge, mesure de la malnutrition chronique (moyenne et sévère).

Une surmortalité des petites filles dans près d'un pays sur deux

Les différences de mortalité entre garçons et filles dans l'enfance dépendent de facteurs à la fois biologiques et socioculturels. Du côté biologique, les faits sont relativement clairs et universels : la moindre résistance des garçons au départ par rapport aux filles et donc leur plus grande vulnérabilité à un grand nombre de maladies infectieuses ou congénitales conduisent – ou doivent conduire – à une surmortalité masculine dans les premières années de la vie. Mais l'histoire européenne comme celle des pays du Sud depuis 40 ans ont souvent infirmé cette « loi » : 2 pays en voie de développement sur 3 dans les années 1970 et 1980, près d'un sur deux encore dans les années 1990, connaissaient une nette surmortalité des petites filles, entre 1 et 5 ans notamment (Tabutin et Willems, 1995 ; United Nations, 1998). La surmortalité biologique et « naturelle » des garçons a souvent fait place à une surmortalité sociale des filles, que l'on attribue couramment à des différences de comportements (attention, soins, etc.) des communautés, des familles ou des couples face à l'état de santé et à la maladie d'un garçon ou d'une fille.

Pendant longtemps, on a cru que l'Afrique subsaharienne échappait à ce problème, particulièrement aigu en Afrique du Nord, au Moyen-Orient, en Asie du Sud et de l'Est. Mais les études les plus récentes

(Tabutin *et al.*, 2001 ; United Nations, 1998), basées sur un meilleur appareil statistique, confirment l'existence d'une surmortalité des petites filles dans un grand nombre de pays d'Afrique subsaharienne.

En moyenne, entre 1 et 5 ans, il y a globalement une égalité de mortalité entre sexes¹⁶, mais cela cache des situations bien diverses. La surmortalité féminine à ces âges (de l'ordre de 7 %) n'y est point aussi intense et généralisée qu'en Afrique du Nord (15 %), en Asie de l'Ouest et du Sud (de 15 à 20 %) ; elle y a peut-être même reculé des années 1970-1985 aux années 1986-1998, mais elle est présente dans près d'un pays sur deux (Tabutin *et al.*, 2001). Cette surmortalité se répartit sans localisation géographique précise (sauf en Afrique australe où elle a disparu), sans lien avec une religion (on l'observe aussi bien dans des sociétés islamisées que non islamisées), sans relation avec la richesse du pays et avec l'état sociosanitaire des populations (on la trouve dans des pays aussi différents que l'île Maurice et le Niger). La ville n'apparaît pas non plus systématiquement comme un milieu plus favorable aux filles. Quant à l'instruction des mères, si elle a un impact toujours très positif sur la mortalité et la santé des enfants, elle joue un rôle beaucoup moins clair sur les inégalités entre sexes.

La vaccination, souvent faite par grandes campagnes, n'opère pas de discrimination particulière envers les petites filles. Dans nombre de pays, par contre, notamment les plus pauvres, les filles sont défavorisées en matière de consultations médicales ou de recours aux soins en cas de maladie.

Devant l'hétérogénéité des situations dans la région, parfois entre pays voisins, on est loin d'avoir compris ces inégalités entre sexes face au décès, dans des sociétés, certes très diverses, mais où les filles comme les garçons représentent encore souvent une source potentielle de prospérité pour le groupe familial ou lignager.

Perspectives de recherche

Malgré les efforts de recherche des dernières décennies, la mortalité et la santé en Afrique subsaharienne restent mal connues. Avant de conclure, nous détaillerons quelques-unes des nombreuses zones d'ombre qui devraient encore être explorées.

16. Alors que l'on devrait avoir de 5 à 10 % de surmortalité des garçons.

Accorder plus d'attention à la mortalité adulte

Plusieurs raisons plaident pour un examen plus systématique de la mortalité des adultes. Premièrement, les décès adultes prématurés entraînent de sérieuses conséquences sur les capacités productives, sur les structures familiales, ainsi que sur les enfants, qu'ils laissent plus exposés à la pauvreté, à la mauvaise santé et au déclassement scolaire. Deuxièmement, du fait de la baisse de la mortalité des enfants, de plus en plus de personnes survivantes aux jeunes âges vont faire l'expérience de risques de mortalité qui restent encore mal connus. Troisièmement, la préservation et l'amélioration de la santé des adultes grèvent de façon substantielle les ressources budgétaires consacrées aux soins de santé (Feachem *et al.*, 1992). Dans les hôpitaux, qui engouffrent encore une large fraction des budgets sanitaires au détriment des structures périphériques de premier recours, les dépenses sont allouées majoritairement aux soins accordés aux adultes, notamment parce que ceux-ci souffrent davantage de maladies non transmissibles pour lesquelles les traitements sont plus onéreux (Phillips *et al.*, 1993). Quatrièmement, on enregistre dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne une hausse de mortalité adulte qui reste méconnue, et dans laquelle le Sida est loin d'être seul en cause. Enfin, rappelons qu'une proportion importante d'adultes décèdent encore des suites d'un nombre réduit de maladies pour lesquelles des moyens de lutte efficaces sont pourtant déjà disponibles. Les maladies infectieuses, diarrhéiques et respiratoires jouent toujours un rôle primordial dans la santé adulte, à côté des maladies cardiovasculaires, des accidents et des morts violentes. Comme chez les enfants, une large proportion des décès adultes restent des décès qui auraient pu être évités.

La mortalité adulte souffre pourtant d'un manque général d'intérêt scientifique et politique (Tabutin, 1995). Il y a quinze ans déjà, on pouvait faire le constat qu'elle n'avait figuré ni parmi les priorités des nombreuses opérations de collecte des trente années précédentes, ni parmi celles des programmes de santé (Timæus, 1999). Depuis, peu de choses ont changé. Bien que des niveaux de mortalité souvent peu plausibles aient été dégagés des recensements à partir de la déclaration des décès survenus dans les douze derniers mois, peu de pays ont cherché à affiner leurs estimations en intégrant des questions permettant de recourir à des méthodes indirectes¹⁷. Puisque les systèmes d'état civil sont souvent limités aux grandes villes¹⁸ et que les données issues des établissements sanitaires restent fragmentaires et biaisées, l'analyse du phénomène

17. Dans les années 1990, certains d'entre eux ont même retiré ces questions de leurs questionnaires de recensement.

18. À l'exception notable de l'Afrique du Sud et du Zimbabwe (Feeney, 2001).

repose dès lors encore largement sur les sites d'observation démographique et sur les enquêtes ponctuelles. Bien que la multiplication des observatoires de population constitue une réelle avancée, le coût et la complexité des données générées empêchent encore leur large diffusion et limitent leur exploitation. La représentativité des sites peut également poser question¹⁹. Quant aux enquêtes ponctuelles, elles étendent rarement leur portée à la mortalité adulte. Un progrès notable a toutefois été accompli avec l'introduction dans les enquêtes EDS de modules qui portent sur la mortalité maternelle et interrogent les femmes sur la survie de leur fratrie²⁰. L'âge et le sexe des autres membres de la fratrie sont connus, ainsi que leur survie et les années écoulées depuis leur éventuel décès. Cela autorise des estimations relativement fiables de la mortalité adulte²¹. Pour autant, la mortalité adulte ne semble pas figurer davantage parmi les priorités ; les données utiles pour son analyse ne sont encore que des sous-produits de la collecte d'informations sur la santé reproductive²².

Développer des recherches sur la mortalité par cause

Si la mesure de la mortalité conserve un caractère incertain, l'analyse de ses causes est plus hasardeuse encore. Les données issues des établissements sanitaires restent fragmentaires et peu représentatives, notamment parce qu'une large part des décès surviennent au domicile, sans assistance médicale. Pour pallier ce manque d'information, certaines opérations de collecte ont recours aux proches du défunt pour obtenir le détail des circonstances du décès et les symptômes qui l'ont précédé. En sollicitant plusieurs médecins ou en faisant intervenir des algorithmes informatiques, des causes de décès peuvent en être déduites. Jusque récemment, ces autopsies verbales étaient surtout utilisées pour spécifier les causes de mortalité des enfants (Snow et Marsh, 1992), ainsi que pour mesurer la mortalité maternelle. L'importance de la mortalité par Sida a généré un regain d'intérêt pour la question, qui s'est traduit notamment par une extension aux adultes (Chandramohan *et al.*, 1994). La fiabilité des informations obtenues semble toutefois varier selon les âges et selon les causes ; les maladies non transmissibles sont typiquement moins bien appréhendées par ce genre de collecte. Le type de classification retenue

19. Surtout lorsque ces sites servent de terrains d'expérimentations épidémiologiques.

20. C'est également le cas des récentes enquêtes de santé de l'OMS.

21. Voir entre autres I. Timæus et M. Jasseh (2004), E. Gakidou *et al.* (2004), N. Rutenberg et J. Sullivan (1991), G. Feeney (2001).

22. Le programme EDS a d'ailleurs cantonné les questions portant sur la survie des parents aux seuls mineurs d'âge, alors que ces questions posées à tous fournissaient d'autres types de données essentielles à l'analyse indirecte de la mortalité adulte.

ainsi que les algorithmes guidant le diagnostic peuvent également déterminer les résultats. L'élaboration de procédures standardisées est donc nécessaire, tout comme le développement d'études permettant de tester la validité des estimations, en recourant notamment à la confrontation avec des données issues des services hospitaliers (Kahn *et al.*, 2000). Par ailleurs, certaines statistiques administratives comprennent des informations sur les causes de décès, et même si elles sont bien souvent limitées aux grandes villes, elles méritent un traitement plus systématique.

Poursuivre les recherches sur la mortalité par Sida

Le Sida constitue sans nul doute l'un des événements contemporains les plus importants survenus dans le champ de la démographie et de la santé. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, il a complètement modifié la structure des causes de décès, en devenant la principale cause de mortalité adulte. Il reste toutefois très difficile d'en mesurer l'impact avec précision et d'en suivre les tendances. L'utilisation des statistiques émanant des cliniques prénatales pour prédire le nombre de décès imputables au Sida suppose de recourir à des hypothèses encore en discussion. Les enquêtes qui collectent des données sérologiques procurent des informations précieuses mais rarement généralisables à l'ensemble de la population. Quant aux autopsies verbales, elles sont particulièrement délicates car les décès dus au Sida sont davantage susceptibles d'être attribués à d'autres causes, notamment en raison de la stigmatisation qui accompagne la maladie. Nous disposons donc d'une vue encore très incomplète de la mortalité associée au Sida.

Creuser la question des liens entre pauvreté, inégalités et mortalité

La relation entre pauvreté et fécondité a toujours suscité de nombreux débats, malgré un manque d'études empiriques sur le sujet. Mais les interactions qui se nouent entre pauvreté et mortalité sont encore moins bien documentées. La pauvreté engendre des situations de sous-nutrition et favorise l'adoption de logiques de subsistance de court terme souvent peu propices à la santé. En retour, la maladie et la mortalité sont des facteurs d'appauvrissement ; la maladie diminue la productivité au travail, freine la mobilité sociale et engendre des coûts importants, surtout en l'absence d'assurance sociale. Le décès d'un proche peut provoquer une déstabilisation du foyer familial et de ses rentrées financières, et, dans certains cas, s'accompagner de la dissolution du ménage. Il s'agit donc de creuser davantage les multiples influences réciproques entre mortalité et pauvreté.

L'Afrique subsaharienne n'est pas seulement la plus pauvre des régions du globe, elle est également une de celles où les inégalités sont les plus fortes et les plus variables. Elle est caractérisée par de larges disparités d'équipement des ménages, d'éducation ou d'accès aux services publics, ce qui ne peut manquer de générer des inégalités sociales et de santé importantes. Depuis plusieurs dizaines d'années, la preuve en est faite pour la mortalité des enfants, alors que l'analyse des différentiels de mortalité adulte reste un champ quasiment inexploré par la démographie. La recherche explicative en la matière est encore à ses débuts. Il manque un cadre théorique qui permette d'identifier les mécanismes de précarisation et de donner sens à leurs effets sur la santé des individus. Davantage d'études devraient par ailleurs se concentrer sur l'inégale exposition aux facteurs de risques, sur l'inégal recours aux systèmes de soins, ainsi que sur les différences de parcours au sein de ces systèmes.

Recourir à des analyses multiniveaux de la mortalité

Jusqu'à présent, l'analyse de la mortalité reste largement cantonnée soit au niveau agrégé, soit au niveau individuel. Lorsqu'elles sont adoptées séparément, ces deux approches sont pourtant entachées de biais bien connus. La première fait courir le risque de l'erreur écologique, surtout lorsque les traits individuels s'avèrent plus variables que ne le laisse penser l'hétérogénéité entre les différents contextes. L'approche individuelle fait quant à elle courir le risque de l'erreur atomiste, parce qu'elle tend à abstraire les comportements personnels des contextes sociaux, physiques et politiques dans lesquels ils s'inscrivent et dont ils dépendent. Pour éviter ces deux types de biais, il faut donc pouvoir simultanément considérer les caractéristiques des individus et situer ceux-ci dans l'espace de contrainte qui leur est propre. Les analyses multiniveaux peuvent être mobilisées à cette fin, puisqu'elles tiennent compte de la nature hiérarchisée des données (individus, ménages, quartiers, villages, régions, par exemple). Elles permettent d'estimer la variation des coefficients de régression au sein des différents contextes en tenant compte de la corrélation des observations au sein de chacun d'eux. Elles autorisent également une distinction entre les effets contextuels et les effets individuels. Cela dit, l'analyse multiniveaux peut sensiblement complexifier les interprétations. Elle requiert donc que soit établi un cadre analytique solide permettant d'articuler finement les différents niveaux d'agrégation, ce qui fait encore défaut pour l'analyse de la mortalité. Elle requiert également des données adéquates et de qualité qui restent peu disponibles pour ce type d'analyse.

Conclusion

Ce chapitre visait à présenter les principaux traits de l'évolution de la mortalité dans les 50 pays d'Afrique subsaharienne depuis 1950²³. Il rappelle combien la transition sanitaire africaine est entourée d'incertitudes. Aujourd'hui, la région connaît une espérance de vie inférieure de plus de 15 ans à celles de toutes les autres régions du monde. Et cet écart est appelé à se creuser encore, puisque de nombreux indicateurs témoignent d'une décélération du déclin de la mortalité, voire de l'arrêt des progrès sanitaires. En particulier, les reprises importantes de mortalité dues au Sida ont complètement perturbé certains régimes démographiques, jusqu'à faire apparaître des croissances négatives. Certains pays ont vu leur niveau d'espérance de vie ramené à celui du temps des indépendances. En matière de mortalité des enfants, la décennie 1990 aura été marquée par un ralentissement quasi généralisé des progrès et même par certaines hausses de celle-ci, au point d'atteindre parfois les niveaux de mortalité qui caractérisaient les années 1980.

Deux réserves au moins doivent toutefois être apportées à ce constat alarmiste. D'une part, nous disposons d'une vue encore très incomplète de la mortalité africaine, en raison notamment de notre méconnaissance de la santé des adultes ou de l'insuffisance de données sur les causes de mortalité. Les niveaux et tendances doivent donc être interprétés avec la plus grande prudence, notamment en matière de mortalité maternelle, pour laquelle les estimations s'accompagnent toujours de larges intervalles de confiance. D'autre part, il est devenu hasardeux de parler de la mortalité africaine dans son ensemble, tant ce ralentissement de la transition sanitaire se fait sur fond de diversification croissante des régimes de mortalité. Là encore, la mortalité maternelle est une bonne illustration, puisque ses taux peuvent varier selon les pays entre 100 et 2 000 décès pour 100 000 naissances vivantes, tandis qu'en moyenne près d'une femme décédera pour 100 naissances vivantes. Cette diversification des situations et des trajectoires est plus manifeste encore avec la mortalité des enfants, dont les inégalités géographiques se sont sensiblement accrues depuis 1950. L'Afrique australe dispose aujourd'hui d'une sérieuse avance sur les autres régions, même si les progrès ont marqué un temps d'arrêt depuis 1990. Ces inégalités de mortalité se prolongent bien sûr au sein même des pays, notamment sous la forme de disparités entre les mondes paysan et urbain, ou sous la forme d'inégalités entre les sexes.

23. Les Seychelles et l'île Sainte-Hélène ont toutefois été exclues de l'analyse.

Bibliographie

- BENINGUISSE G. (2003), *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan.
- CHANDRAMOHAN D., MAUDE G., RODRIGUES L. et HAYES R. (1994), « Verbal Autopsies for Adult Deaths: Issues in their Development and Validation », *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, p. 213-222.
- COHEN D. et REID E. (1999), « The Vulnerability of Women: Is this a Useful Construct for Policy and Programming? », in Becker C., Dozon J.-P., Obbo C. et Touré M. (dir.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala-Codesria-IRD, p. 377-388.
- DESCLAUX A. et TAVERNE B. (dir.) (2000), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, coll. « Médecines du Monde ».
- FEACHEM R., KJELLSTROM R., MURRAY C., OVER M. et PHILLIPS M. (eds.) (1992), *The Health of Adults in the Developing World*, New York, Oxford University Press.
- FEENEY G. (2001), « The Impact of HIV/AIDS on Adult Mortality in Zimbabwe », *Population and Development Review*, vol. 27, n° 4, p. 771-780.
- GAKIDOU E., HOGAN M. et LOPEZ A. (2004), « Adult Mortality: Time for a Reappraisal », *International Journal of Epidemiology*, vol. 33, n° 4, p. 710-717.
- KAHN K., TOLLMAN S., GARENNE M. et GEAR J. (2000), « Validation and Application of Verbal Autopsies in a Rural Area of South Africa », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 5, n° 2, p. 824-831.
- MESLÉ F. (2003), *La transition sanitaire. Progrès et résistance en Afrique*, Communication au colloque « Questions de population au Mali. Des enjeux internationaux aux perspectives locales », Bamako.
- ONUSIDA (2003), *Le Point sur l'épidémie de SIDA*, Genève, ONUSIDA-OMS.
- PHILLIPS M., FEACHEM R., MURRAY C., OVER M. et KJELLSTROM T. (1993), « Adult Health: A Legitimate Concern for Developing Countries », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 11, p. 1527-1530.
- RUTENBERG N. et SULLIVAN J. (1991), « Direct and Indirect Estimates of Maternal Mortality from the Sisterhood Method », in IRD-Macro (ed.), *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, 1991*, vol. 3, Columbia, IRD-Macro, p. 1669-1696.

- SNOW R.W. et MARSH K. (1992), « How Useful Are Verbal Autopsies to Estimate Childhood Causes of Death? », *Health Policy and Planning*, vol. 7, n° 1, p. 22-29.
- TABUTIN D. (1995), « Transitions et théories de mortalité », in Gérard H. et Piché V. (dir.), *La Sociologie des populations*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 257-288.
- TABUTIN D. et WILLEMS M. (1995), « Excess Female Child Mortality in the Developing World in the 1970s and 1980s », *Population Bulletin of the United Nations*, vol. 39, p. 45-78.
- TABUTIN D., BENINGUISSE G. et GOURBIN C. (2001), *Surmortalité et santé des petites filles en Afrique. Tendances des années 1970 aux années 1990*, Communication au colloque international « Genre, population et développement en Afrique », Abidjan, UEPA-INED-ENSEA-IFORD.
- TIMÆUS I. (1991), « Adult Mortality: Levels, Trends, and Data Sources », in Feachem R.G. et Jamison D.T. (eds.), *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*, New York, Oxford University Press, p. 87-100.
- (1999), « Adult Mortality in Africa in the Era of AIDS », in UEPA (dir.), *Actes de la troisième conférence africaine de population*, vol. 2, Durban, UEPA, p. 375-395.
- TIMÆUS I. et JASSEH M. (2004), « Adult Mortality in Sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys », *Demography*, vol. 41, n° 4, p. 757-772.
- UNITED NATIONS (1998), « Levels and Trends of Sex Differentials in Infant, Child and under-five Mortality », in United Nations (ed.), *Too Young to Die: Genes or Gender?*, New York, United Nations, p. 84-108.
- (2002a), *HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa. A Review of the Research Literature*, New York, United Nations.
- (2002b), *World Population Prospects. The 2000 Revision. Vol. 3: Analytical Report*, New York, United Nations.
- (2003), *World Population Prospects. The 2002 Revision*, New York, United Nations.
- WHO (2003), *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Genève, World Health Organization.
- WORLD BANK GROUP (1997), *Sector Strategy: Health, Nutrition and Population*, Washington D.C., World Bank.

Tableau annexe 1. Espérance de vie et mortalité infantile de 1950 à 2005 (48 pays)

Sous-régions et pays	Espérance de vie (en années)						Taux (‰) de mortalité infantile					
	1950-54	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	1950-54	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04
AFRIQUE DE L'OUEST	35,5	39,1	43,0	47,1	50,0	49,6	192	168	143	120	104	90
Bénin	33,9	38,0	44,0	49,2	51,3	50,6	200	173	137	111	100	93
Burkina Faso	31,9	36,7	41,2	46,1	47,5	45,7	215	181	153	126	110	93
Cap-Vert	48,5	53,0	57,5	61,8	66,4	70,2	130	105	83	63	44	30
Côte d'Ivoire	36,0	40,4	45,4	50,0	48,3	41,0	186	158	130	106	101	101
Gambie	30,0	33,0	38,0	44,1	51,0	54,1	231	207	173	135	99	81
Ghana	42,0	46,0	49,9	53,6	56,9	57,9	149	127	108	90	72	58
Guinée	31,0	34,3	37,3	40,2	44,8	49,1	222	197	177	157	130	102
Guinée-Bissau	32,5	34,5	36,5	39,1	43,0	45,3	211	196	183	164	140	120
Liberia	38,5	40,5	42,6	44,9	39,3	41,4	194	180	165	150	191	147
Mali	32,7	35,3	38,2	44,4	47,5	48,6	240	218	196	153	131	119
Mauritanie	35,4	39,4	43,4	47,4	49,4	52,5	189	164	141	120	110	97
Niger	32,2	35,2	38,2	40,7	42,7	46,2	213	191	171	156	144	126
Nigeria	36,5	40,1	44,0	48,1	52,0	51,5	183	160	137	115	95	79
Senégal	36,5	38,3	41,8	46,3	50,4	52,9	184	168	122	91	68	61
Sierra Leone	30,0	32,0	35,0	35,3	34,5	34,2	231	215	193	189	194	177
Togo	36,0	40,5	45,5	50,2	53,6	49,7	186	158	130	106	88	82
AFRIQUE CENTRALE	36,1	39,8	44,1	46,6	45,3	42,7	186	162	137	123	118	116
Angola	30,0	34,0	38,0	40,0	39,9	40,1	231	200	173	160	158	140
Cameroun	36,0	40,5	45,7	50,7	54,8	46,2	186	158	128	103	82	88
Centrafrique	35,5	39,5	43,0	46,5	46,8	39,5	190	164	144	124	108	100
Congo	42,1	48,5	55,0	56,8	54,1	48,2	170	130	95	86	84	84
Congo (R.D.)	39,1	42,1	45,8	47,1	43,5	41,8	167	149	127	118	120	120
Gabon	37,0	40,5	48,7	56,3	58,0	56,6	179	158	114	78	67	57
Guinée équatoriale	34,5	37,5	40,5	43,8	47,6	49,1	196	176	157	138	118	101
Sao Tomé et Principe	46,4	51,4	56,5	61,6	66,2	69,9	169	98	64	62	44	32
Tchad	32,5	35,5	39,0	42,3	44,7	44,7	211	189	167	146	129	115
AFRIQUE DE L'EST	36,3	40,8	45,0	47,5	46,0	43,1	182	156	134	119	109	97
Burundi	39,0	42,0	43,9	46,6	39,8	40,9	167	149	137	120	132	107
Comores	40,7	44,5	48,9	52,9	57,2	60,8	178	154	127	106	84	67
Djibouti	33,0	37,0	41,0	44,7	47,1	45,7	207	179	155	133	117	102

Tableau annexe 1 (suite et fin)

Sous-régions et pays	Espérance de vie (en années)						Taux (%) de mortalité infantile					
	1950-54	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	1950-54	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04
Érythrée	35,9	40,2	44,3	43,3	50,0	52,7	176	151	129	117	89	73
Éthiopie	32,9	37,3	41,8	42,7	46,3	45,5	208	177	150	143	119	100
Kenya	40,9	45,9	50,9	55,7	57,4	44,6	155	127	103	82	65	69
Madagascar	36,7	40,9	44,9	48,0	49,8	53,6	181	155	132	117	108	92
Malawi	36,3	38,5	41,0	45,7	45,1	37,5	212	204	191	158	138	115
Maurice	51,0	60,2	62,9	66,7	69,9	72,0	99	61	55	28	21	16
Mozambique	31,3	36,2	41,1	42,8	43,4	38,1	220	185	154	143	137	122
Ouganda	40,0	44,0	46,3	47,2	41,5	46,2	161	138	125	120	107	86
La Réunion	52,7	57,7	64,2	69,8	73,5	75,2	141	87	41	14	9	8
Rwanda	40,0	43,0	44,6	46,1	24,0	39,3	161	143	134	125	135	112
Somalie	33,0	37,0	41,0	43,0	39,5	47,9	207	179	155	143	163	118
Soudan	37,6	39,6	43,6	49,1	52,9	55,6	175	163	139	110	93	77
Tanzanie	37,0	41,7	46,5	51,0	49,4	43,3	160	143	125	100	99	100
Zambie	37,8	42,8	49,7	52,0	44,2	32,4	150	130	109	98	107	105
Zimbabwe	47,4	51,7	56,0	59,6	53,3	33,1	120	100	81	65	59	58
AFRIQUE AUSTRALE	44,5	49,5	53,2	57,3	61,3	46,4	105	92	82	66	52	52
Afrique du Sud	45,0	50,0	53,7	57,7	61,8	47,7	96	87	77	62	48	48
Botswana	46,0	51,5	56,1	62,8	65,0	39,7	144	113	90	58	47	57
Lesotho	41,7	47,1	49,5	52,0	53,9	35,1	172	138	124	110	99	92
Namibie	39,2	44,2	49,9	55,2	59,2	44,3	165	136	108	83	65	60
Swaziland	40,1	42,3	47,3	52,4	55,8	34,4	160	147	121	96	79	78
TOTAL AFRIQUE SUBSAHARIENNE	36,7	40,6	44,7	48,0	48,6	45,7	180	156	134	116	105	95

Source : United Nations (2003), *World Population Prospects. The 2002 Revision* Population database online (www.unpopulation.org).

**Tableau annexe 2. Mortalité maternelle et prévalence du Sida à 15-49 ans
(48 pays)**

Sous-région et pays	Taux de mortalité maternelle [1] en 2000	Taux (%) de prévalence du Sida [2] début 2002	Sous-région et pays	Taux de mortalité maternelle [1] en 2000	Taux (%) de prévalence du Sida [2] début 2002
AFRIQUE DE L'OUEST			AFRIQUE DE L'EST		
Bénin	850	3,6	Burundi	1 000	8,3
Burkina Faso	1 000	6,5	Comores	480	-
Cap-Vert	150	-	Djibouti	730	-
Côte d'Ivoire	690	9,7	Érythrée	630	2,8
Gambie	540	1,6	Éthiopie	850	6,4
Ghana	540	3,0	Kenya	1 000	15,0
Guinée	740	-	Madagascar	550	0,3
Guinée-Bissau	1 100	2,8	Malawi	1 800	15,0
Liberia	760	-	Maurice	24	0,1
Mali	1 200	1,7	Mozambique	1 000	13,0
Mauritanie	1 000	-	Ouganda	880	5,0
Niger	1 600	-	La Réunion	41	-
Nigeria	800	5,8	Rwanda	1 400	8,9
Sénégal	690	0,5	Somalie	1 100	1,0
Sierra Leone	2 000	7,0	Soudan	590	2,6
Togo	570	6,0	Tanzanie	1 500	7,8
			Zambie	750	21,5
			Zimbabwe	1 100	33,7
AFRIQUE CENTRALE			AFRIQUE AUSTRALE		
Angola	1 700	5,5	Afrique du Sud	230	20,1
Cameroun	730	11,8	Botswana	100	38,8
Centrafrique	1 100	12,9	Lesotho	550	31,0
Congo	510	7,2	Namibie	300	22,5
Congo (R.D.)	990	4,9	Swaziland	370	33,4
Gabon	420	-			
Guinée équatoriale	880	3,4			
Sao Tomé et Príncipe	-	-			
Tchad	1 100	3,6			
			TOTAL AFRIQUE SUBSAHARIENNE	870	10,4

Source : United Nations (2003), voir le site web http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp ONUSIDA (2003), site Web pour le Sida (www.unaids.org).

[1] Défini comme le nombre de décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

[2] Hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans. Le taux de prévalence du VIH mesure la proportion de personnes infectées par le VIH, qu'elles soient ou non malades du Sida.

Les tirets signifient une absence de données.

Tableau annexe 3. Conditions d'accouchement, mortalité et santé des enfants dans 30 pays

Sous-régions et pays	Date dernière enquête EDS	Quotients (%) de mortalité [1]			% de naissances sans aucune consultation prénatale [2]	% d'accouchements sans personnel formé [3]	% d'enfants vaccinés [4]	% d'enfants malnutris [5]
		néonatale	< 1 an	0-5 ans				
AFRIQUE DE L'OUEST								
Bénin	2001	38	89	160	19	28	59	31
Burkina Faso	1998-99	41	105	219	39	69	29	37
Cap-Vert	1998	11	31	43	4	12	83	-
Côte d'Ivoire	1998-99	62	112	181	16	53	51	25
Ghana	1998	30	57	108	11	32	62	26
Guinée	1999	48	98	177	28	65	32	26
Mali	2001	57	113	230	42	58	29	38
Mauritanie	2000-01	-	74	116	35	43	32	35
Niger	1998	44	123	274	60	56	18	41
Nigeria	1999	37	75	140	36	58	17	46
Sénégal	1997	37	68	139	18	53	-	-
Togo	1998	41	80	146	18	49	31	22
AFRIQUE CENTRALE								
Cameroun	1998	37	77	151	21	42	36	29
Centrafrique	1994-95	42	97	157	33	54	37	34
Gabon	2000	30	57	89	5	13	17	21
Tchad	1996-97	44	103	194	68	66	11	40
AFRIQUE DE L'EST								
Comores	1996	38	77	104	15	48	55	34
Erythrée	2002	24	48	93	29	62	69	38
Ethiopie	2000	49	97	166	63	90	14	52
Kenya	1998	28	74	112	8	45	65	33
Madagascar	1997	40	96	159	23	53	36	48
Malawi	2000	42	104	189	8	44	70	49
Mozambique	1997	54	135	201	29	55	47	36
Ouganda	2000-01	33	88	152	8	61	37	39
Rwanda	2000	44	107	196	8	69	76	43
Tanzanie	1996	32	88	137	10	53	71	43
Zambie	2001-02	37	95	168	7	57	70	47
Zimbabwe	1999	29	65	102	7	27	75	27
AFRIQUE AUSTRALE								
Afrique du Sud	1998	20	45	60	5	16	63	-
Namibie	2000	32	57	83	13	34	58	28

Source : Rapports nationaux des dernières enquêtes EDS.

[1] Probabilités respectives de décéder de la naissance à l'âge d'1 mois, de la naissance à l'âge d'1 an et de la naissance à l'âge de 5 ans au cours des 5 années précédant l'enquête.

[2] Sans aucune visite durant la grossesse à un médecin, une infirmière ou une sage-femme.

[3] C'est-à-dire sans médecin, infirmière, sage-femme ou équivalent.

[4] Enfants qui ont reçu tous les vaccins (BCG, DTCQ, polio et rougeole).

[5] Indice taille-pour-âge, mesure de la malnutrition chronique (moyenne et sévère).

Variables démographiques et développement

Le cas de l'éducation et de la santé en Afrique

Philippe HUGON

Il existe un consensus de la communauté internationale sur le rôle déterminant de l'éducation et de la santé dans le processus de développement et de maîtrise des variables démographiques. Ce rôle du capital humain est renforcé dans la nouvelle économie de l'information et de la connaissance où l'accent est mis sur les compétences et les capacités, ou capabilités (Sen, 1999). Cinq des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont un contenu démographique : garantir à tous une éducation primaire (2) ; promouvoir l'égalité hommes-femmes et l'autonomie des femmes (3) ; réduire la mortalité des moins de 5 ans (4) ; améliorer la santé maternelle (5) ; combattre le VIH/Sida, le paludisme et les autres maladies (6). L'objectif d'éducation pour tous (EPT) (2) agit sur les objectifs 3, 4, 5, et 6 ainsi que sur l'objectif 1 (faire disparaître l'extrême pauvreté) et l'objectif 7 (assurer la durabilité des ressources environnementales).

Or il y a peu de domaines où les enjeux soient aussi conflictuels que ceux de l'éducation et de la santé. Il s'agit en particulier de conflits concernant les valeurs et les connaissances à transmettre, le choix entre universalisme et particularisme, l'acceptation ou le refus d'accès différenciés à l'école ou aux systèmes de soins selon les catégories sociales, et la position des États sur la fuite des compétences entre Sud et Nord. De nombreuses sociétés africaines sont en situation de crise (conflits, VIH/Sida, destruction ou recomposition des structures familiales), ce qui remet en question le fonctionnement « normal » des systèmes scolaires et sanitaires. Les sociétés africaines sont fortement différenciées, tant sur le plan des variables démographiques que sur celui des niveaux éducatifs et sanitaires. Les objectifs d'éducation ou de santé pour tous pour 2015 demeurent utopiques dans la majorité des États africains.

Les défis démographiques, liés à la croissance et à l'évolution des structures par âge, sont tels que peu de pays pourront atteindre ces objectifs en 2015. Les variables démographiques jouent, à côté des variables sociales, économiques, politiques et culturelles, un rôle central pour expliquer les dynamiques des systèmes éducatifs et des systèmes de santé. Ceux-ci, inversement, agissent sur les variables démographiques. Ces interdépendances peuvent conduire dans de nombreux cas à des « trappes à pauvreté ou à sous-développement ».

Les problèmes méthodologiques

L'évaluation des interdépendances entre variables démographiques et variables sociales est délicate pour plusieurs raisons :

- On constate, dans les travaux économétriques, les problèmes classiques d'endogénéité et de causalité ;

- L'impact des variables éducatives ou sanitaires sur la mortalité et la fécondité renvoie à plusieurs effets : celui de l'âge (niveau individuel), celui de la génération (niveau agrégé), celui de la période (conjoncture historique des populations), celui de la structure (hétérogénéité des populations, appartenances ethniques ou CSP). Les variables scolaires ou sanitaires ne sont que des déterminants lointains des variables démographiques ;

- Les interdépendances entre variables démographiques, éducatives et sanitaires passent par des institutions et par la *médiation* de systèmes économiques, familiaux et sociaux, culturels et politiques. Les institutions scolaires et sanitaires officielles ne sont elles-mêmes qu'un lieu parmi d'autres assurant la santé et l'éducation. Les familles jouent notamment un rôle central ;

- Les pays africains sont des pays à *statistiques* déficientes et les variables démographiques, scolaires et sanitaires sont souvent peu ou mal connues. Les indicateurs quantitatifs reflètent mal les questions centrales de la qualité. Certains États, faillis, fragiles ou en collapsus, n'ont plus de systèmes d'enregistrement. D'autres, en guerre, connaissent des situations de décomposition de leurs systèmes éducatifs et de santé. Les sources souvent mobilisées, de type EDS, correspondant à des enquêtes ménages à des dates fixes, ne permettent pas de prendre en compte les conjonctures et les dynamiques démographiques. Elles supposent que le ménage est la cellule principale de décision et de socialisation ;

- Les évolutions ne se font pas de manière linéaire mais par sauts, d'où l'existence de trappes malthusiennes et de trappes à pauvreté. La combinaison d'un ensemble de facteurs peut conduire à des sauts qualitatifs et à des bifurcations dans les trajectoires ;

- Les variables démographiques ont un certain degré d'inertie ; leurs effets sont à *long terme*, voire intergénérationnels, mais leur impact s'exerce également à court et moyen termes du fait de la rapidité des rythmes (l'explosion urbaine, par exemple) ou de la réversibilité des processus (processus migratoires ou morphologies familiales) (cf. l'introduction de cet ouvrage) ;

- Les *échelles* d'appréhension des interrelations et les problèmes d'agrégation, enfin, sont essentiels : micro de la cellule nucléaire ou de la communauté familiale, macro de la nation ou de la région et méso des appartenances sociales (CSP, ethnies, clans, etc.), sectorielles ou résidentielles. D'où la nécessité d'approches multiniveaux.

Ce chapitre présente les effets des variables démographiques sur les systèmes scolaires et de santé africains et, inversement, les effets de ces systèmes sur les variables, avant d'analyser les interdépendances qui se nouent entre démographie, éducation et santé, puis les relations plus larges entre démographie et développement durable.

Les effets des variables démographiques sur les systèmes scolaires et de santé

Les variables démographiques jouent un rôle essentiel pour expliquer la dynamique des systèmes scolaires et de santé africains.

Les effets des variables démographiques sur les systèmes scolaires

L'institution scolaire

Les effets des variables démographiques (structure par âge et par genre, croissance, etc.) sur les systèmes scolaires passent notamment par l'insertion des populations en âge d'être scolarisées au sein d'une institution éducative, l'école, et par l'existence d'un corps d'enseignants.

L'enseignement et la scolarisation sont des *processus institutionnalisés* de formation et de transmission des connaissances qui développent des aptitudes, des habitudes et des attitudes. Ils se réalisent au sein d'une institution, l'école, qui se caractérise par plusieurs traits : hiérarchie des cycles de formation, séparation vis-à-vis de la production, corps spécialisé d'enseignants rémunérés, sanction de l'acquisition des savoirs par des promotions et des diplômes. La structure du système éducatif peut être analysée soit à partir de la pyramide de formation (primaire ou général, secondaire, professionnel, technique, universitaire), soit à partir des différentes filières de formation publiques, privées, laïques et religieuses. L'institution fait, en amont, l'objet de choix et de décisions de la part des individus ou des ménages. Elle conduit, en aval, à insérer les élèves dans le marché du travail. Le processus de formation se réalise dans diverses institutions et se déroule dans le long terme. Le système scolaire est plus ou moins différencié des autres instances éducatives et l'on constate l'existence d'une éducation informelle ou de structures scolaires hybrides (par exemple, les écoles coraniques).

On note d'importants progrès *quantitatifs* dans la scolarisation africaine même si celle-ci est très différente selon les pays et si l'on doit

interpréter ces chiffres avec beaucoup de prudence. Ces progrès sont évidemment à rapprocher des chiffres, en nombre absolu, de l'évolution de la population scolarisable (en âge de fréquenter l'école). En Afrique subsaharienne, les effectifs scolarisés ont augmenté de 1,4 million d'élèves au cours de la décennie 1980 et de 2,4 millions durant la décennie 1990. En 1990-1991, un quart des enfants africains n'avaient pas accès à la première année de l'école primaire. Les exclus étaient de 10 % en 2002-2003 et les 4/10 de cette cohorte, dont une grande majorité de filles, ne terminaient pas l'école primaire. Les progrès quantitatifs dans le secondaire et le supérieur ont été plus élevés. En 2002-2003, 46 % des jeunes d'une classe d'âge scolarisable étaient inscrits en première année du collège (contre 28 % en 1990-1991) et 39 % en dernière année (contre 21 % en 1990-1991). L'enseignement au collège a donc gagné 18 points de pourcentage durant la décennie. Le nombre d'étudiants pour 100 000 habitants est passé de 232 en 1990-1991 à 449 en 2002-2003, ce qui représente presque le double (Unesco, 2005b).

Malgré ces progrès quantitatifs, plus de 40 millions d'enfants africains n'étaient pas scolarisés en 2000, et l'on constate des écarts importants entre les taux de scolarisation des garçons et des filles (9 points de pourcentage de différence) (Unesco, 2000). Seuls 10 pays d'Afrique subsaharienne sur 48 ont atteint l'enseignement primaire universel. Au cours de la décennie 1990, la scolarisation nette des filles serait passée de 41 à 48 % et celle des garçons de 47 à 56 %. Les progrès sont très contrastés d'une grande région à une autre. Ils sont les plus importants en Afrique de l'Est (excepté la Somalie) : durant la décennie 1990, les taux de scolarisation sont passés respectivement de 32 à 50 % pour les filles et de 33 à 60 % pour les garçons. Vient ensuite l'Afrique australe où l'on observe durant la même période des taux passant de 53 à 76 % pour les filles et de 42 à 58 % pour les garçons. L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale ont vu toutes deux leur taux de scolarisation passer de 40 à 50 % pour les filles et de 50 à 60 % pour les garçons, entre le début et la fin de la décennie (Unesco, 2005b).

Ces progrès quantitatifs masquent des dysfonctionnements *qualitatifs*. Dans de nombreux pays africains en effet, le système éducatif remplit mal ses fonctions : produire des savoirs, développer des intelligences, former des compétences, donner au niveau élémentaire les capacités de lire, d'écrire et de compter dans une langue écrite. La faiblesse du matériel didactique, les classes surchargées, les maîtres mal formés, peu encadrés et peu incités expliquent largement ces difficultés (Hugon in Coussy et Vallin, 1996).

La population scolarisable

Les variables démographiques expliquent en grande partie les défis scolaires auxquels l'Afrique est confrontée.

En statique, la pyramide des âges est à base très large dans les pays africains n'ayant pas enclenché leur transition démographique. La population scolarisable en âge de fréquenter l'école (6-12 ans) en Afrique est ainsi trois fois supérieure à celle des pays industrialisés dont la pyramide des âges se rapproche d'une colonne. Le taux de dépendance entre la population scolarisable et la population d'âge adulte est de l'ordre de 0,5 (soit 100 enfants scolarisables pour 50 adultes).

Plusieurs indicateurs peuvent être retenus : le taux brut de scolarisation, ou ratio, pour une année, entre les inscrits à l'école à un niveau (cycle) et la population en âge de fréquenter l'école ; le taux net de scolarisation, ou ratio entre les inscrits à l'école d'une certaine classe d'âge et la population totale de cette classe d'âge.

Le taux brut d'inscription scolaire (ts) peut être défini en termes financiers comme le rapport entre les dépenses effectives d'enseignement pour un cycle donné (j) et les dépenses qu'il aurait fallu effectuer si l'on avait scolarisé l'ensemble de la population scolarisable. Il s'écrit :

$$ts = \frac{aj}{mj.bj (1 + hj). tj}$$

avec aj : part des dépenses du cycle j sur le PIB (ou variable macro-économique) ; mj : ratio maîtres/élèves (ou variable pédagogique) ; bj : pondération du traitement du maître par rapport au PIB par tête (ou variable sociale) ; hj : rapport entre les dépenses autres que salariales sur les dépenses salariales ; t : taux de scolarisables, le ratio entre la population en âge d'être scolarisée et la population totale (ou variable démographique).

Les deux variables déterminantes sont, d'une part, l'écart entre les rémunérations des maîtres et le revenu par tête (bj) et, d'autre part, la variable démographique (tj) qui est fonction de la pyramide des âges. À même taux de scolarisation du premier degré, l'effort financier relatif (par rapport au PIB) en Afrique est près de 10 fois supérieur à celui des pays industrialisés. Ceci s'explique pour un tiers par la structure par âge. Les écarts de rémunération expliquent le reste de la différence. Cette variable est stratégique mais très délicate à manier puisque les salaires ont un effet incitatif sur les enseignants. Elle n'a cessé de se réduire durant la période d'ajustement. Même le PIB par tête inclut la variable démographique, et

notamment le nombre des enfants, dans la population totale au dénominateur, ce qui modifie évidemment le sens des comparaisons des salaires des enseignants.

Les divergences sont grandes entre les variables explicatives du taux brut de scolarisation selon les pays africains concernés :

- Les dépenses publiques totales d'éducation des États d'Afrique subsaharienne ont atteint 3,9 % du PNB en 2001. Elles s'étendent de 0,4 % du PNB (Congo R.D.) à 9,6 % (Lesotho). Le primaire représente en moyenne 36 % des dépenses et le supérieur 42 % ;

- La rémunération des enseignants (b) va de 3,6 fois (Gambie, Ouganda, Zambie) à 6,9 fois (Burkina Faso, Mali, Niger) le revenu par tête ;

- Le taux de scolarisables en primaire (t) varie entre 10,5 % (Maurice), 11,9 % (Angola) et 20,9 % (Ouganda). La moyenne africaine est de l'ordre de 17 %.

À titre d'exemple, le Sénégal a consacré, en 1993, 5 % du PNB, 16 % des recettes publiques et 25 % des dépenses de fonctionnement pour un taux de scolarisation de 53 % dans le primaire et de 12 % dans le secondaire (Unesco, 2005a). La généralisation de l'enseignement primaire, dans l'hypothèse d'une forte baisse de la fécondité, supposait un triplement des dépenses entre 1990 et 2000 et un quintuplement d'ici l'horizon 2015 (Charbit et Ndiaye, 2006).

En dynamique, la population scolarisable croît le plus souvent à un rythme supérieur à celui de la population moyenne. Pour maintenir un taux de scolarisation constant il faut accueillir chaque année plus d'élèves, avec une augmentation de plus de 3 %. Si l'on veut atteindre les OMD de la scolarisation primaire intégrale en 2015, il faudrait, compte tenu du retard actuel et de la croissance de la population scolarisable en Afrique, faire passer le nombre de scolarisés de 64 millions en 2000 à 140 millions en 2015, soit un taux de croissance annuel de 5,2 %, alors que le taux observé entre 1990 et 2000 a été de 3,2 %. L'éducation pour tous est un mirage qui se déplace au fur et à mesure que l'on croit s'en rapprocher.

Les pays les plus éloignés de cet objectif sont ceux qui sont à la fois faiblement scolarisés et qui connaîtront une croissance très rapide de la population scolarisable (Burkina Faso, Érythrée, Éthiopie, Guinée Bissau, Niger). Les pays qui l'atteindront vraisemblablement sont les plus scolarisés et ceux qui connaissent une faible croissance, voire une décroissance démographique (plusieurs pays d'Afrique australe) (cf. tableau 1).

On peut, à partir du taux d'encadrement des élèves (ratio maîtres/élèves), connaître le nombre d'enseignants nécessaire pour faire face à l'augmentation de la population scolarisable à un horizon $t + n$. On peut ensuite, à partir du taux de déperdition du stock d'enseignants,

savoir combien il faut en recruter annuellement pour éviter des effets d'accordéon. Selon un ratio maîtres/élèves de 1/50, il faudrait faire passer le nombre d'enseignants dans le primaire de 1,3 million à 2,8 millions entre 2000 et 2015 pour assurer une scolarisation primaire généralisée.

Le taux d'alphabétisme (tat), ratio entre la population alphabétisée et la population de plus de 15 ans, dépend du taux d'alphabétisme de l'année précédente ($tat-1$), du taux de croissance de la population entre (t) et ($t-1$), (gp), du nombre de sortants du système scolaire (So) sur la population (P) soit (So/Pt), qui intègre les déperditions dans le système, et du taux de disparition L (décès, migration, analphabétisme de retour) des alphabètes sur la population (P) soit (L/Pt), (m). Le pourcentage de la population de plus de 15 ans dépend de la structure par âge et de la croissance de la population. Si l'on suppose que $gp = 3\%$ et que $m = 1,5\%$, le taux d'alphabétisme s'écrit : $tat = 0,95 tat-1 So/Pt$.

Le taux d'alphabétisme croît si chaque année le nombre de sortants alphabétisés du système scolaire (So/Pt) est supérieur à $4,5\%$ du taux d'alphabétisme (tat). Bien entendu, les variables démographiques jouent sur les systèmes scolaires à des niveaux plus fins :

- La densité démographique crée des économies d'échelle et elle est réductrice de coûts. On observe, notamment pour cette raison, d'importantes différences entre la scolarisation urbaine et la scolarisation rurale ;

- Les migrations, volontaires ou non (réfugiés), posent des problèmes spécifiques quant à la territorialité des systèmes éducatifs. Les variables démographiques jouent au niveau des décisions des familles (arbitrages entre garçons et filles, selon les classes d'âge). Ces variables sont médiatisées par les appartenances sociales ;

- Les déterminants démographiques (mortalité, structure par âge et par genre, etc.) ont des effets sur la population scolarisée et sur la population enseignante. Ainsi le VIH/Sida touche particulièrement les populations enseignantes et conduit, dans certains pays d'Afrique australe, à une mortalité des enseignants supérieure à leur recrutement.

**Tableau 1. L'impact des variables démographiques
sur les objectifs de l'enseignement pour tous (EPT) en 2015***

	Taux de scolarisation primaire		Population scolarisable 2015 (3)	Indice Taux de croissance (%) scolarisation primaire		Taux alphabétisation - 15 ans (%) alphabét.	Indice population
	(2003) brut (1)	(2000) net (2)		Annuel observé 1990-2000 (4)	Nécessaire 2000-2015 (5)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Pays très éloignés des OMD (taux de croissance annuel nécessaire + 6 %)							
Somalie	-	-	186	-	-	-	160
Niger	48	30,7	-	7,1	12,2	20	160
Ouganda	141	-	172	-	-	69	159
Liberia	-	69,9	168	-	6,1	56	145
Angola	101	40,3	162	-	-	67	145
Guinée-Bissau	92	44,8	162	-	9,3	-	54
Mali	61	38,3	162	-	-	19	170
Tchad	81	58,3	160	7,9	7,2	49	146
Congo (R.D.)	-	34,6	159	-	-	65	144
Burkina Faso	50	35	157	6,1	11,1	13	179
Érythrée	63	39,1	152	10,6	9,2	57	159
Sierra Leone	-	56,2	151	-	-	30	-
Éthiopie	66	46,2	189	10,0	7,9	42	-
Burundi	77	53,4	140	2,6	7,1	59	152
Djibouti	40	34	122	-	-	60	-
Soudan	60	55	-	-	-	-	(59)
Pays en situation intermédiaire (taux nécessaire annuel entre 3 et 6 %)							
Bénin	99	70	-	7,0	4,6	67	147
Cameroun	108	71	-	-	-	68	-
Centrafrique	66	55	-	-	-	-	76
Congo	92	-	155	-	-	83	145
Côte d'Ivoire	78	62	-	5,3	4,2	48	-
Gambie	85	69	-	7,4	4,2	38	-
Ghana	79	58	-	4,8	-	54	-
Guinée	81	47	-	8,4	5,9	41	-
Guinée équatoriale	116	71,8	150	-	-	-	84
Madagascar	120	68	-	4,4	5,3	71	149
Malawi	140	-	-	4,1	3,6	64	-
Mauritanie	88	65,9	153	8,4	5,9	41	146
Mozambique	103	54	-	4,9	4,9	46	-
Nigeria	119	-	-	-	-	67	-
Rwanda	122	-	-	0,4	3,4	64	-
Sénégal	85	57,9	127	4,3	5,7	41	144
Tanzanie	84	54,4	120	4,3	5,7	60	-
Zambie	82	66	-	-	4,3	80	-
Pays devant atteindre l'objectif (taux de croissance annuel < 3 %)							
Gabon	132	88	-	-	2,4	71	-
Togo	121	86	-	4,5	2,3	53	-
Kenya	92	69	-	-	2,7	54	-
Namibie	105	89	-	3,1	1,8	83	-
Botswana	103	79,6	99	0,9	1,2	79	101
Swaziland	98	77,3	94	1,7	1,4	79	108
Zimbabwe	94	80,6	93	-	0,8	90	-
Lesotho	126	83,4	91	1,4	0,5	84	99
Maurice	105	93,8	90	-	0,3	84	120
Afrique du Sud	106	84,4	86	-	-0,3	82	105
Total	-	64	60	-	-	-	-

Base 100 : 2000.

* L'objectif des OMD suppose une généralisation de l'enseignement primaire et une baisse de moitié du taux d'analphabètes d'ici 2015.

Source : Le taux brut de scolarisation primaire (1) et d'alphabétisation (6) ainsi que les taux de croissance scolaire observés (1990-2000) (3) sont extraits de Unesco (2005b) ; le taux net (2) est extrait de Tabutin et Schoumaker (2004). Le calcul des efforts nécessaires pour atteindre l'objectif d'EPT taux de croissance nécessaire (5) est tiré de Sauvageot et Stoeffler-Kern (2005), à partir des statistiques de l'Unesco. Les indices de population scolarisable (3) et de population alphabétisable (7) sont calculés base 100 en 2000. Ces statistiques très imparfaites doivent être interprétées avec beaucoup de précautions.

Les effets des variables démographiques sur les systèmes de santé

Les variables démographiques ont, de même, des effets sur les systèmes de santé. Nous les traiterons rapidement.

Les institutions de santé

Les systèmes de santé africains résultent à la fois des politiques des pouvoirs publics, d'une offre multiforme de diagnostics et de soins par un corps spécialisé, et de pratiques des populations aspirant à un bien-être physique, psychique et social. Les questions d'hygiène publique, de sécurité alimentaire, de qualité de l'eau, de qualité de l'assainissement et de l'environnement sont au cœur de la santé des populations. L'accès aux médicaments est également essentiel.

Plusieurs caractéristiques générales peuvent être notées :

- le système public de santé ne couvre qu'une fraction limitée de la population ;
- le système de sécurité sociale est quasi inexistant dans la plupart des pays d'Afrique ;
- on observe une très grande inégalité devant les maladies et la mort.

Le système sanitaire officiel est, comme le système scolaire, organisé de manière pyramidale : structures de premier niveau (dispensaires, cases de santé, etc.), structures dites de référence (hôpital général), structures spécialisées et centres hospitalo-universitaires. On peut distinguer les soins préventifs (les vaccinations, par exemple) et les soins curatifs. Les systèmes de soins primaires ou les centres de santé de premier niveau sont essentiellement tournés vers la santé maternelle (suivi prénatal), les pathologies courantes et les soins de proximité.

L'Afrique ne dispose pas d'un système de santé, public et privé, qui permette la prévention et le soin des maladies, même de manière minimale. Les cliniques privées sont réservées aux classes aisées. Dans beaucoup de pays, le système de santé est sinistré. La santé est un enjeu stratégique qui concerne les acteurs publics nationaux, le corps médical, les ONG, les firmes pharmaceutiques, l'aide internationale et les organisations internationales (OMS, Unicef, FNUAP, etc.).

Les systèmes de santé souffrent de grandes insuffisances. Les pays africains représentent 1 % des dépenses mondiales de santé et 2 % du personnel mondial de santé pour 12 % de la population mondiale. Alors que la conférence d'Abuja (2001) a fixé un objectif de 15 % du budget des pays africains affecté aux dépenses de santé, 2/3 de ces pays consacrent moins de 10 % de leur budget à la santé. Les OMD ont fixé un objectif de 38 dollars de dépenses par an et par personne alors que l'on estime celles-ci à environ 10 dollars. Les écarts entre pays sont toutefois

considérables. En effet, les dépenses d'éducation allaient en 2002 de 3 dollars au Burundi à 206 dollars en Afrique du Sud (Union africaine, 2006). Par ailleurs, les pays africains connaissent les indicateurs de mortalité et de morbidité les plus élevés du monde. En ce qui concerne la mortalité maternelle en particulier, 1 femme sur 16, en Afrique subsaharienne, décède à cause de sa grossesse, contre 1 femme sur 2 800 dans les pays industrialisés.

Après la Seconde Guerre mondiale et jusqu'en 1980, on avait observé d'importants progrès de santé conduisant à une hausse significative de l'espérance de vie. La pérennité des programmes de santé a été remise en cause dans les années 1980 par les limites des ressources publiques et par les programmes d'ajustement structurel. On note alors, dans l'ensemble, une dégradation des services de santé publique et une réduction de la fréquentation avec un relais partiel par l'offre de services privés. L'espérance de vie et la mortalité infantile, cependant, n'ont pas été corrélées à la baisse des dépenses publiques de santé par tête à cause de réallocations des ressources, de relais partiels par des financements privés et de certains progrès en termes d'efficacité (Hugon, 1998). Le système sanitaire centralisé de soins publics cède la place à des soins de santé primaire et à une contribution des familles, lesquels ne sont pas à la hauteur des enjeux. L'initiative de Bamako (1991) a préconisé le recouvrement des coûts. Plus récemment, la mise en place de cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) a conduit à affecter aux secteurs sociaux une partie des fonds économisés par le désendettement. Selon les statistiques disponibles des Nations unies (révision 2006), qui doivent être utilisées avec beaucoup de prudence, on observe une chute du taux brut de mortalité générale entre 1950-1954 (26,6 ‰) et 1990-1994 (15,8 ‰), mais une stagnation ensuite (à 15,7 ‰ en 2000-2004). L'espérance de vie à la naissance, qui était passée de 37,6 ans en 1950-1954 à 49,6 ans en 1990-1994, aurait cessé d'augmenter et se serait stabilisée à 48,8 ans en 2000-2004. On note parallèlement sur la même période une baisse de la mortalité infantile, qui est passée de près de 180 ‰ en 1950-1954 à 110 en 1990-1994 et 100 en 2000-2004. Pour la période récente, l'arrêt des baisses antérieures des indicateurs de mortalité a concerné l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique centrale et l'Afrique orientale ; en Afrique australe, ces indicateurs se sont détériorés, l'espérance de vie à la naissance en particulier a diminué de 10 ans puisqu'elle est passée de 62 ans en 1990-1994 à 52 ans en 2000-2005 (voir tableau 2).

Tableau 2. Évolution des indices de mortalité (‰)

	Mortalité des enfants < 5 ans		Taux brut de mortalité		Espérance de vie à la naissance (ans)	
	1995-2000	2000-05	1990-95	2000-05	1990-95	2000-05
Afrique subsaharienne	177	167	15,8	15,7	49,6	48,8
Afrique orientale	163	148	16,2	15,4	48,4	48,4
Afrique centrale	213	202	18,0	18,4	47,2	45,8
Afrique de l'Ouest	196	188	16,7	15,8	49,3	49,4
Afrique australe	73	80	8,3	13,8	61,7	52,5

Source : United Nations (2007). En ce qui concerne la mortalité des < 5 ans, il n'y a pas de données pour 1990-1995.

Le constat global doit être fortement nuancé. Les évolutions sont très contrastées et les transitions sanitaires très variées. Les progrès sont réguliers au Sahel (sauf au Tchad et au Burkina Faso, qui connaissent aujourd'hui une stagnation, à l'instar du Nigeria) ; on a constaté des progrès récents dans des États faillis sortant de guerres (Congo R.D., Liberia, Rwanda), ainsi que des régressions faibles (Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Tanzanie) ou fortes (Afrique australe) (Tabutin et Schoumaker, 2004).

Il importe de noter la très grande hétérogénéité des situations selon les pays et le rôle joué par le virus du Sida (cf. Ferry, 2004) qui est devenu globalement le premier facteur de mortalité avant le paludisme. Dans l'ensemble de l'Afrique en 2005, on comptait 2 millions de morts dues au Sida (ONUSIDA, 2006) contre plus d'un million dues au paludisme ; et le Sida fait 10 fois plus de victimes que les guerres. L'Afrique compte environ 25 millions de séropositifs (ONUSIDA, 2006). L'espérance de vie à la naissance sera en 2010 d'environ 50 ans, comme en 1990, alors qu'elle aurait pu être de 10 ans supérieure sans le VIH/Sida. La classe d'âge des 15-24 ans est particulièrement concernée. L'Afrique australe est la plus touchée. Le Sida a des conséquences économiques (décapitalisation des élites et coûts non supportables), démographiques (baisse de l'espérance de vie et stagnation dans les pays les plus touchés) et sociales (à commencer par les 4 millions d'orphelins), ainsi que des effets sur le corps enseignant ou soignant (Fassin, 2006).

La question de l'environnement sanitaire et notamment de l'eau et de l'assainissement est également capitale pour l'état de santé des populations africaines. L'eau potable est vitale. Elle fait partie des objectifs prio-

ritaires du millénium et a été au cœur des discussions du sommet de la Terre de Johannesburg en 2002, qui a retenu comme objectif de réduire de moitié d'ici 2015 la population exclue de l'eau potable. On estime que deux tiers de la population africaine a accès à l'eau potable et à l'assainissement. L'accès à l'eau potable pour les exclus mondiaux (1,3 milliard dont plus de la moitié en Afrique) aurait un coût estimé à 180 milliards d'euros par an durant dix ans, soit la moitié des subventions reçues par les agriculteurs des pays industriels.

La structure par âge et par sexe, et l'accès aux soins

Les institutions de santé ne jouent pas le même rôle que les institutions éducatives vis-à-vis de la population. L'accès aux institutions d'éducation est nécessaire pour être scolarisé alors que l'accès aux institutions de santé n'est nécessaire que pour ceux qui sont malades. La santé est liée autant à l'environnement sanitaire qu'aux systèmes de soins.

On peut, comme pour l'éducation, mettre en relation la pyramide des âges avec les structures de soins. Cette pyramide conduit à une surreprésentation de la population infantile et juvénile. On peut différencier par classes d'âge les populations devant bénéficier de soins : infantile, juvénile, adulte, sénile. L'essentiel des soins concerne la population juvénile, féminine et sénile.

On peut, de même, analyser l'impact de la croissance démographique sur l'accès aux soins, les besoins en personnel s'ajoutant aux déficits constatés. Pour atteindre la norme OMS, il faudrait 1 médecin pour 3 000 habitants soit 3 300 médecins pour un pays de 10 millions d'habitants (ce qui correspond à 30 médecins pour 100 000 habitants). Or la plupart des 31 pays à faible développement humain, dont 2 seulement ne sont pas africains, ont entre 5 et 10 fois moins de médecins que cette norme, pourtant large (PNUD, 2006 : 303). En plus des 120 diplômés par an (compte tenu de la durée d'exercice et de la pyramide des âges) nécessaires pour atteindre cette norme, il faudrait aussi rattraper le retard actuel qui est énorme. Or on observe une émigration importante du corps médical africain, et, dans certains pays, la pénurie résulte principalement de cette émigration.

Les effets de l'éducation et de la santé sur les variables démographiques

Inversement, l'éducation et la santé ont des effets directs et indirects sur les variables démographiques, mais pas nécessairement dans les mêmes pas de temps.

Les effets de la scolarisation sur les variables démographiques

La scolarisation et l'éducation ont des effets sur les variables démographiques par les valeurs transmises (les habitudes, les attitudes et les aptitudes dispensées au sein de l'école), mais aussi parce qu'elles ont une influence sur l'âge au mariage, sur la vie des couples, l'utilisation ou non des méthodes contraceptives, l'alimentation ou les soins. L'éducation est toutefois directement liée à l'appartenance à des catégories sociales, à des lieux de résidence, à des niveaux de revenus, à des accessibilités qui sont déterminants pour expliquer les comportements démographiques. L'éducation est alors moins un facteur explicatif qu'un révélateur du niveau socio-économique et culturel. Les effets démographiques de la scolarisation sont donc difficiles à interpréter.

Les effets sur la fécondité

La baisse de la fécondité amorcée dans la quasi-totalité des pays africains, même si elle reste à un niveau élevé, résulte d'une multiplicité de facteurs, notamment le niveau de scolarisation et d'éducation. Les enquêtes montrent que les femmes résidant en milieu urbain, ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et un revenu élevé ont un ISF nettement inférieur (cf. Fall, 2007). L'instruction du conjoint est également un facteur important de l'adhésion du couple à la pratique contraceptive. L'éducation peut intervenir directement sur la fécondité par le biais de la transformation des systèmes de valeurs, par l'information et l'incitation à utiliser des méthodes contraceptives efficaces. Elle peut jouer indirectement comme reflet des conditions sociales (effets de capillarité) ou agir par le biais de la modernisation socioculturelle en réduisant la mortalité infantile. Les analyses factorielles, ou multivariées, permettent de différencier les variables dépendantes (fécondité, niveau d'instruction) des variables intermédiaires (biologiques, sociales, comportementales).

Les déterminants de la fécondité sont multiples. Les déterminants proches sont liés aux unions, à l'allaitement, à l'avortement, à l'infécondité, à la contraception, qui ont des liens plus ou moins forts avec le niveau d'éducation des femmes. Plusieurs études empiriques montrent que la modification des comportements des ménages dans le domaine de la santé de la reproduction est plus facile lorsque les femmes sont éduquées. Le cheminement logique de cette association entre l'évolution des comportements et l'éducation des femmes peut être ainsi présenté (sans tenir compte des temporalités) en figure 1.

Figure 1. Impact attendu de l'éducation des femmes sur la transition démographique

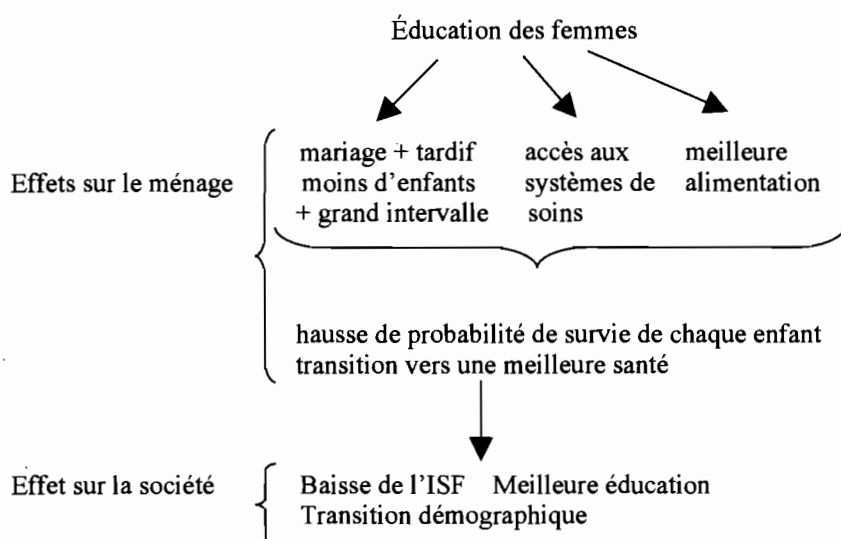
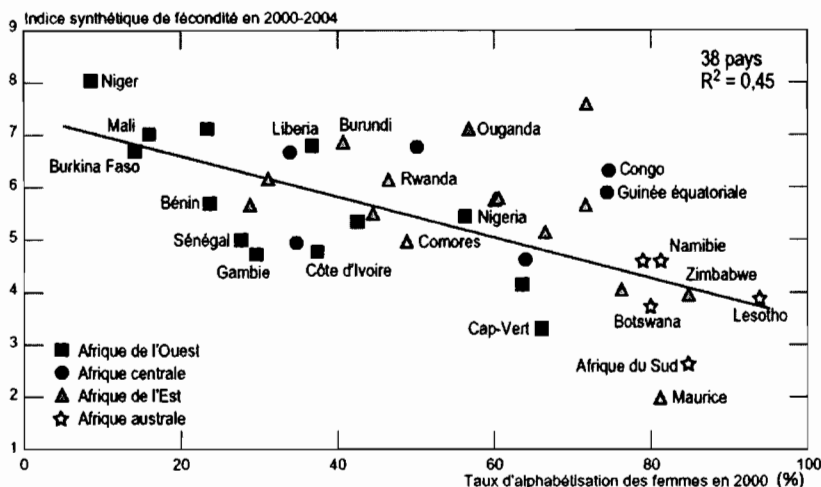


Figure 2. Relation entre la fécondité et l'alphabétisation des femmes en Afrique subsaharienne en 2000



Source : Tabutin et Schoumaker (2004 : 584), à partir des données des Nations unies et de l'Unesco.

Au Sénégal, pays assez représentatif, le taux de fécondité, estimé à 7,1 enfants par femme en 1978, est passé à 5,2 en 1999. Cette baisse de la fécondité est un phénomène urbain. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives varie de 8 à 18 % selon que la femme est analphabète ou instruite. Il est de 15 % pour les femmes ayant une instruction primaire, et respectivement de 22 % et 37 % pour les femmes ayant un niveau secondaire et supérieur. L'instruction favorise la contraception quel que soit le milieu de résidence, mais à même niveau de scolarisation la fécondité demeure nettement supérieure en milieu rural (Fall, 2007). Les analyses multivariées (tableau 3 et Hugon, 1997) montrent une corrélation entre éducation et urbanisation, d'une part, et fécondité, d'autre part. L'ISF est passé de 7,5 enfants par femme (1970) à 7,3 (1988) et 6,7 (1995) en milieu rural, tandis que, durant la même période, il est passé, à Dakar, de 6,8 à 5,5 et 5,1. L'ISF des femmes non scolarisées baissait de 7,4 à 7,0 en 1995 alors que celui des femmes scolarisées passait de 7,1 à 5,7.

**Tableau 3. ISF par années d'études des mères
au Sénégal et en Afrique subsaharienne au début des années 1990**

	Nombre d'années d'études des mères			
	Sans instruction	1 à 4 ans	5 à 7 ans	+ de 8 ans
Sénégal	7,0	5,7	5,1	3,8
Afrique subsaharienne	7,0	7,0	6,1	4,7

Source : Hugon in Pison *et al.* (1997).

La scolarisation des femmes semble donc jouer un rôle significatif notamment à partir du secondaire (cf. tableau 3). Ses effets s'exercent par le biais de l'âge à la première naissance, l'âge au mariage et l'emploi des contraceptifs. Les travaux sont très nombreux et ils donnent des résultats différents selon les périodes. Les femmes qui ont suivi quatre ans d'études ont en Afrique un nombre d'enfants de 30 % inférieur à celui des femmes sans instruction (Feachem *et al.*, 1991 ; Bledsoe et Cohen, 1993). À un niveau global par pays, la corrélation entre la scolarisation des femmes et la fécondité est significative (R^2 de 0,45) ; l'influence de la scolarisation des hommes est moins importante (R^2 de 0,31). Cette relation est toutefois moins significative en Afrique que sur les autres continents (cf. Tabutin et Schoumaker, 2004).

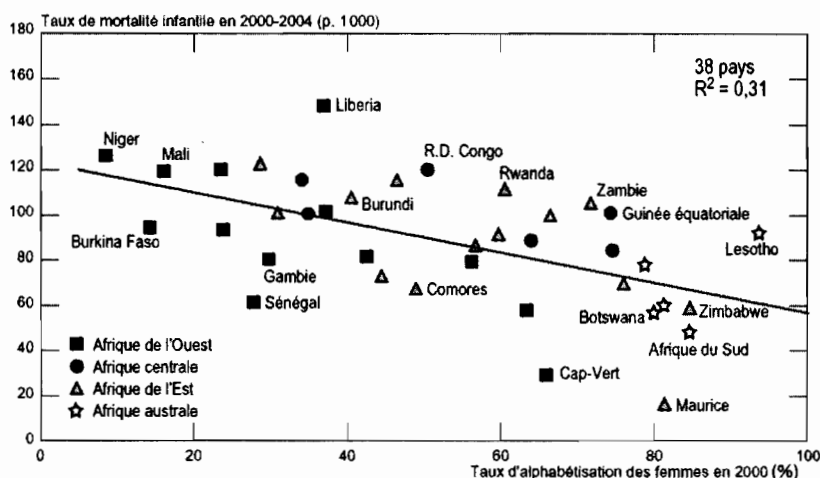
L'influence de la scolarisation sur la fécondité joue à travers deux variables intermédiaires : la nuptialité (notamment l'âge en union) et la contraception. Les observations empiriques réalisées au Cameroun, en Guinée, au Niger et au Tchad montrent que les filles instruites se marient et ont des enfants plus tardivement si elles ont suivi un enseignement secondaire, ont tendance à espacer davantage les naissances, ont plus recours aux méthodes contraceptives. Les analyses comparatives (« *cross country analysis* ») montrent que 20 points de scolarisation du primaire correspondent à 6,4 points en plus dans le pourcentage de femmes utilisant des méthodes contraceptives (ce qui est faible), mais qu'une augmentation de quatre ans de scolarisation globale est associée à un ISF de 3,9 enfants, contre 5,1 enfants en l'absence d'augmentation (Unesco, 2005b).

La scolarisation ne constitue toutefois un facteur de baisse de la fécondité que sous certaines conditions. Le contenu de l'enseignement doit développer une formation adéquate sur la nutrition, sur la santé, sur la sexualité. Les enfants doivent représenter pour la cellule familiale, qui décide de la fécondité, un coût supérieur à leur rendement actuel et futur. Les risques de mortalité infantile doivent être fortement réduits. Enfin, les décisions en matière de fécondité doivent être prises par ceux qui ont la charge de l'éducation des enfants.

Les effets sur la mortalité

La scolarisation exerce également des effets directs et indirects sur la mortalité maternelle, intra-utérine, infantile et juvénile. Elle agit surtout sur la mortalité exogène (au sens de Bourgeois-Pichat, 1946). L'instruction peut faciliter de manière significative la réduction de la mortalité maternelle et infantile par la connaissance des besoins nutritionnels, des notions d'hygiène, de l'utilisation de la contraception, qui, en permettant d'éviter les naissances à risque, mal espacées, trop nombreuses ou précoces, favorise la survie des enfants. Des observations dans 4 pays africains (Côte d'Ivoire, Guinée, Niger, Tchad) montrent une corrélation positive entre le nombre d'années d'études, la prise de vitamine A durant la grossesse, le suivi prénatal et l'utilisation des soins préventifs prénatals, le choix d'un accouchement assisté et le degré de connaissance face au VIH/Sida (Unesco, 2005b). De même, les femmes éduquées accordent généralement plus d'attention à la santé (à la vaccination par exemple) et à l'alimentation des enfants. Le statut anthropométrique des enfants de moins de 5 ans est en corrélation avec le nombre d'années d'études de la mère, et le pourcentage d'enfants survivants augmente (Mingat et Zein, 2004). À un niveau global par pays, la corrélation entre la scolarisation des femmes et la mortalité infantile est plus faible que pour l'ISF. Le R^2 est de 0,31 pour la mortalité infantile, avec une forte variabilité à un faible niveau d'alphabétisation (30 %) et aux niveaux élevés (+60 %).

Figure 3. Relation entre l'alphabétisation des femmes et le taux de mortalité infantile en Afrique en 2000-2004



Source : Tabutin et Schoumaker (2004 : 584), à partir des données des Nations unies et de l'Unesco.

Tableau 4. Taux de mortalité infantile, juvénile (‰) et ISF selon le niveau d'instruction de la mère

<i>Pays</i>	Mortalité infantile			Mortalité juvénile			ISF		
	<i>Sans instruction</i>	<i>Niveau primaire</i>	<i>Niveaux secondaire et +</i>	<i>Sans instruction</i>	<i>Niveau primaire</i>	<i>Niveaux secondaire et +</i>	<i>Sans instruction</i>	<i>Niveau primaire</i>	<i>Niveaux secondaire et +</i>
Ghana 2003	66,1	76,0	55,9	62,9	47,9	30,2	6,0	5,8	4,2
Sénégal 1997	76,1	52,1	28,7	84,8	46,2	27,0	6,8	6,8	4,5
Togo 1998	87,4	72,1	54,4	78,6	59,0	30,0	6,7	5,5	3,5
Burkina Faso 2003	94,2	72,4	74,9	115,0	94,6	35,7	7	5,8	3,7
Bénin 2001	100,2	87,5	53,1	82,6	58,4	29,3	7	6,2	3,9
Guinée 1999	112,0	78,4	60,6	103,4	90,9	46,5	6,5	6,7	5,0
Côte d'Ivoire 1998	124,0	94,7	61,8	78,9	64,7	19,0	6,5	5,8	4,8
Nigeria 2003	124,1	110,8	69,7	165,9	85,1	40,3	6,9	6,9	4,5
Mali 2001	130,0	122,4	51,7	134,4	111,0	39,9	7,2	7,0	5,5
Niger 1998	141,0	99,6	70,1	201,4	139,0	64,0	7,0	7,2	5,5

Source : Enquêtes démographiques et de santé.

Le coefficient calculé avec l'alphabétisation des adultes tombe à 0,20 (Tabutin et Schoumaker, 2004). Les analyses multivariées donnent toutefois des effets contrastés selon la scolarisation des hommes et des femmes. Les variables scolaires sont en corrélation avec d'autres variables comme le revenu ou la résidence.

Le principal facteur discriminant semble être le passage au secondaire (tableau 4). Le taux de mortalité infantile baisse en moyenne de deux fois et le taux de mortalité juvénile baisse de trois fois selon que la mère est sans instruction ou qu'elle a un niveau secondaire ou plus. L'indice synthétique de fécondité baisse en moyenne de plus de 2 enfants entre l'absence d'instruction et le niveau secondaire et plus. En revanche, les écarts entre l'absence d'instruction et le niveau primaire sont plus limités.

L'éducation exerce également des effets sur les migrations. Elle favorise l'émigration vers les villes. Elle contribue à l'émigration internationale des populations hautement qualifiées. Les taux d'émigration atteignent 10 % à 50 % (cas de l'Angola, du Ghana, de l'Ouganda, de la Tanzanie). Seuls l'Afrique du Sud et le Nigeria sont relativement épargnés par cette émigration. Les facteurs *pull* – rémunération, environnement technique et scientifique, ou emplois – jouent à côté de facteurs *push* – non-utilisation des compétences, absence d'État de droit ou de sécurité (Gaillard, Hassan et Waast, 2005). Les liens entre niveau de revenu et migration internationale présentent une courbe en cloche. La migration suppose un minimum de revenu pour son financement (1 000 euros par personne en moyenne). Elle diminue à la fois en deçà d'un seuil de revenu et au-delà d'un autre seuil. Les liens entre niveau de revenu et niveau de scolarisation conduisent à une courbe également en cloche pour les liens entre migration et scolarisation, avec toutefois l'effet spécifique de la formation supérieure dans la migration des cerveaux.

Un niveau d'éducation plus élevé associé à une fécondité plus faible (ou l'inverse) peut toutefois refléter un état de développement humain, de niveau de vie et de résidence, et ne pas être le principal facteur explicatif de la relation entre éducation et fécondité, qui doit donc être interprétée avec prudence. Le chapitre 5 montre les liens entre les indicateurs de pauvreté et l'ISF.

Il faudrait évidemment pouvoir mettre en relation différents indicateurs à un niveau fin. Si l'on se place au niveau macro, les résultats trouvés pour 5 pays, malheureusement à partir de données d'enquêtes anciennes, montrent de fortes inégalités dans les niveaux de revenu par tête et les niveaux d'études (tableau 5). Les deux pays les plus égalitaires, en termes de revenu, sont le Ghana et l'Ouganda, et les plus inégalitaires, la Côte d'Ivoire et la Guinée. Le pays où le nombre d'années d'études est le plus élevé est le Ghana et celui où le nombre d'années d'études est le plus faible, la Guinée. Les deux pays les plus pauvres sont l'Ouganda et

la Guinée. Le pays où le niveau de l'ISF (en forte baisse) et le taux de mortalité ont été les plus bas est le Ghana (pays à la fois faiblement inégalitaire, de haut niveau de revenu et de niveau scolaire élevé). En Côte d'Ivoire (inégalitaire, à revenu élevé mais décroissant), on constate une baisse de l'ISF mais une hausse du taux de mortalité entre 1990-1994 et 2000-2004. L'Ouganda de 1992, relativement égalitaire, où la démocratisation de l'accès à l'école a été la plus avancée, mais dont le revenu est faible, a connu une stagnation de l'ISF.

Tableau 5. Indicateurs d'inégalités de revenus et de scolarisation et indicateurs démographiques de fécondité et de mortalité

	1 PIB/ha	2 rapport	3 Gini	4 Années d'études	5 Gini		6 ISF		7 tx mortalité
					1990-94	2000-04	1990-94	2000-04	
Côte d'Ivoire (1985-86)	1724	11,4	0,39	2,1 (1998-99)	0,80	6,0	4,7	15,7	20,0
Ghana (1988)	1035	9,1	0,28	4,8 (1998-99)	0,59	5,3	4,1	10,7	10,0
Guinée (1994)	514	15,4	0,36	1,6 (1999)	0,87	6,4	5,8	18,7	16,1
Madagascar (1993)	709	11,0	0,31	3,8 (2001)	0,56	6,2	5,7	15,9	13,2
Ouganda (1992)	574	7,7	0,33	3,8 (1992)	0,57	7,1	7,1	20,8	16,7

1) Pib/ha en dollars ; 2) Rapport intercentile 90/10 ; 3) Indice de Gini sur revenu ; 4) Années moyennes d'études ; 5) Indice Gini en termes d'années d'études ; 6) ISF ; 7) Taux de mortalité pour mille.

Source : Cogneau *et al.* (2006). L'indice de Gini varie de 0 (parfaite égalité) à 1 (parfaite inégalité).

Les effets de la santé sur les variables démographiques

Les effets de la santé sur les variables démographiques sont plus directs que ceux de l'éducation. Les relations entre les dynamiques épidémiologiques et les dynamiques démographiques sont toutefois complexes. Globalement, les pays africains avaient connu après la Seconde Guerre mondiale d'importants progrès médicaux avec le développement des services médicaux, l'amélioration des infrastructures sanitaires, les campagnes de vaccination, l'éradication de certaines grandes endémies (l'utilisation du DDT contre le paludisme, par exemple). En revanche dans les années 1990, on a observé une recrudescence des grandes endémies (celle du VIH/Sida par exemple) et une baisse des dépenses de santé face à une population croissante.

Par définition, la santé de la reproduction a des effets sur les taux de fécondité et sur les taux de natalité. Elle a également des effets sur les taux de mortalité maternelle, juvénile et infantile. Les systèmes de santé sont au cœur de l'espérance de vie et des taux de mortalité. L'équipement sanitaire joue un rôle essentiel sur la mortalité exogène (au sens de Bourgeois-Pichat, 1946) alors que l'état de santé général de la population et les précautions prises lors de l'accouchement jouent sur la mortalité endogène. On peut noter que les principales maladies ont des effets différents sur la mortalité, selon les structures par âge. L'impact de l'épidémie du VIH/Sida concerne plus spécifiquement les jeunes adultes alors que le paludisme touche principalement les enfants. On peut noter que les résultats sont différents suivant qu'ils sont préventifs ou curatifs. Les effets de la vaccination sur la mortalité infantile font débat (cf. les travaux de Garenne au Sénégal, 1994).

Les pays africains connaissent, au-delà de ce constat général, une très grande variété de situations.

Les liens entre variables éducatives et de santé

Il existe, dans certaines situations, un cercle vertueux entre niveaux de santé et niveaux d'éducation. Le système scolaire exerce des effets positifs sur la santé (cantines scolaires, formation nutritionnelle). Le système de soins joue positivement sur la scolarisation (attention des enfants, présence physique, etc.).

Inversement, les interdépendances peuvent jouer négativement. Le VIH/Sida a ainsi un effet autant sur l'offre que sur la demande scolaire. L'éducation est un des secteurs les plus affectés par le VIH/Sida. Celui-ci touche particulièrement le corps enseignant et les nombreux décès d'enseignants agissent sur le nombre d'enfants scolarisés. Les systèmes scolaires les plus touchés sont ceux de l'Afrique australe, de l'Ouganda, de la Côte d'Ivoire et de Centrafrique. Les pays qui auront le moins d'efforts à faire pour répondre à la demande scolaire, du fait de la stagnation de la population scolarisable et alphabétisable, sont également ceux qui auront le plus de problèmes d'offre, du fait des nombreux décès d'enseignants atteints du VIH/Sida. On observe également l'émergence d'une population particulièrement vulnérable, les orphelins du Sida, largement exclus de l'école.

Dans la plupart des pays en situation de crise, où les populations déplacées sont nombreuses et les violences physiques et humaines récurrentes, les systèmes de soins et d'éducation ont un fonctionnement d'urgence. Dans certains cas (la Côte d'Ivoire notamment), les institutions scolaires et éducatives sont confrontées à des actions volontairement

destructrices de la part des exclus de ces systèmes. Des solutions d'urgence s'efforcent d'assurer les niveaux élémentaires de santé et d'éducation, souvent avec l'aide internationale (Guichaoua, 2004 ; Unesco, 2002).

Interdépendance entre variables démographiques, scolaires et sanitaires

Les interdépendances entre variables démographiques, éducatives et sanitaires sont médiatisées par les systèmes économiques, sociaux, culturels et politiques, et par les pratiques des acteurs. Y a-t-il transition ou cumul de plusieurs comportements dont les effets divergent ? Observe-t-on une exception africaine, un rattrapage ou un décalage par rapport aux autres continents ?

La médiation des systèmes économiques

Il y a débat pour savoir si les changements de comportements démographiques (baisse de la fécondité, la mortalité, la morbidité, etc.) sont liés à des conjonctures économiques ou si ce sont des changements structurels peu réversibles. Les interdépendances entre variables démographiques, éducation et santé sont médiatisées par les systèmes productifs. Ceux-ci permettent de financer l'éducation et la santé, que ce soit par le biais des dépenses des ménages ou par celui des pouvoirs publics. Ils assurent l'emploi et la valorisation du capital humain constitué par la formation et la santé.

Les régimes démographiques et d'accumulation

On constate à l'échelle internationale des différences de régimes démographiques selon que les économies sont rentières, d'accumulation extensive, d'accumulation intensive de capitalisme cognitif ou patrimonial. Le rôle des connaissances, du savoir ou de la santé ne peut être analysé indépendamment de ces régimes.

Dans l'ensemble, les sociétés africaines ont des dynamiques démographiques, éducatives et sanitaires correspondant à des économies de rente et non d'accumulation, et à des régimes démographiques de pauvreté (Hugon, 2006). Dans une économie de rente, connaissant un faible développement du salariat, l'expansion scolaire conduit le plus souvent à un

chômage intellectuel, à une déqualification sur le marché du travail et/ou à un exode des compétences. Les richesses sont mobilisées avec peu de souci de reproduction : occupation des terres, mobilisation de la force de travail, exploitation des richesses du sous-sol, captation des richesses par la violence. Dans les régimes démographiques de pauvreté, la fécondité est liée à la pauvreté et la population disponible apparaît, en milieu rural et dans l'informel urbain, comme une source directe de richesse et comme une assurance vieillesse. De plus, on note en Afrique des effets de rattrapage face à la stagnation et à la ponction démographique liée aux traites atlantiques, orientales et intra-africaines. Ce régime rentier post-colonial peut expliquer la poursuite de la survalorisation du nombre d'enfants. Le repli sur les communautés (familiales, religieuses, ethniques ou claniques) face à la crise de l'État et de la construction nationale peut renforcer les comportements natalistes. La période de crise correspond à une hausse de la mortalité et à une chute de l'espérance de vie. On n'observe pas en revanche de malthusianisme de pauvreté (comme en Amérique latine) et l'ISF moyen a baissé en période de chute du revenu par tête, mais peu pour les catégories les plus pauvres.

Le rôle des instabilités et des risques sur les variables démographiques et sociales

Insécurité et incertitude caractérisent les sociétés africaines (Hugon *et al.*, 1995). Les instabilités et les volatilités sont élevées. Les agents en situation de forte vulnérabilité ont une faible résilience. Les États sont souvent dans l'impossibilité d'assurer les fonctions régaliennes et notamment la sécurité. En l'absence d'assurance vieillesse et de système de prestations ou de sécurité sociales, les systèmes familiaux, les communautés d'adhésion et d'appartenance, et les réseaux sociaux sont des réducteurs d'incertitude. L'informel joue un rôle économique et social déterminant et l'on note l'importance du travail des femmes et des enfants. Ceux-ci représentent une force de travail et une assurance vieillesse. La mobilité des populations dans l'espace et dans le temps constitue un élément fondamental de régulation des sociétés fonctionnant selon un mode extensif. Les risques des systèmes d'assurance, dans un contexte de défaillance, jouent ainsi un rôle déterminant dans la demande scolaire (cf. Morrisson, 2003 ; Gubert et Robillard, 2006). De même, on observe une occurrence des chocs négatifs sur le revenu ou des chocs politiques sur la mortalité (Gasuki *et al.*, 2005), mais également des successions de chocs positifs et négatifs sur la mortalité (Korachais *et al.*, 2006).

Cette logique d'économie de rente et de régime de pauvreté, de crise et d'instabilité conduit à des effets spécifiques de l'enseignement et de la

santé sur le développement et les variables démographiques. L'enseignement est en relation avec le système d'emploi par les capacités du système productif à financer l'école et à absorber les sortants du système scolaire. On observe un rôle évidemment positif de l'enseignement en termes de construction de la citoyenneté, de savoirs évitant la fracture scientifique et d'opportunités d'emploi dans de nombreux services. L'enseignement est un investissement intergénérationnel qui concerne le cycle de la vie professionnelle. Mais, en même temps, ce sont le chômage intellectuel, l'exode des compétences, la déqualification de nombreux emplois (un secteur dit informel absorbant un nombre croissant de déscolarisés mais aussi de diplômés) qui caractérisent les pays pris dans des trappes à pauvreté.

Les « trappes à pauvreté » conduisent à des écarts importants entre formation, emploi, revenus et productivité, qui rendent particulièrement discutables le calcul du taux de rendement. Les revenus et les emplois sont plus liés à des positions dans des réseaux de pouvoir qu'à la contribution à la création de richesses, d'où une mauvaise utilisation des compétences et une décapitalisation des savoirs. L'enseignement et la santé n'exercent des effets productifs et démographiques que si les aptitudes et les attitudes, ainsi que la qualité de la formation ou de la santé, permettent des apprentissages, et uniquement si le milieu environnant permet de les utiliser. À défaut de formation du capital productif et de milieu valorisant les connaissances, la scolarité peut conduire à une désalphabétisation, à un chômage intellectuel, à une déqualification, à une émigration des compétences ou à une informalisation des emplois.

La médiation des systèmes familiaux

Dans les pays où le capitalisme et l'État n'en dominent pas les différentes sphères, les systèmes familiaux demeurent la matrice des sociétés. Ce sont les familles qui sont les principaux centres de décision en matière démographique, éducative et de santé. Or les structures familiales africaines sont très hétérogènes : familles matri ou patrilineaires, monogames ou polygames, nombre élevé d'enfants confiés, d'orphelins, etc.

L'Afrique est culturellement et ethniquement plurielle en matière de nuptialité, de structures familiales, de genre (Tabutin et Schoumaker, 2004). On peut distinguer plusieurs modèles familiaux. Le « modèle sahélien des savanes » est plutôt celui de l'âge précoce du mariage, de la faible scolarisation, de la polygamie et d'un écart d'âge important entre époux. Le « modèle d'Afrique de l'Est » est celui d'un âge plus élevé au mariage, d'une plus faible polygamie et d'une plus grande scolarisation. Le « modèle d'Afrique australe » est caractérisé par très peu de poly-

gamie, un âge élevé au mariage, un célibat lié à de fortes migrations du travail, une forte scolarisation, mais une mortalité croissante avec le VIH/Sida.

Dans les sociétés lignagères ou matrilineaires, les décideurs en matière de fécondité ne sont pas nécessairement ceux qui assurent le coût d'élevage de l'enfant. Le processus de nucléarisation et de baisse de la fécondité en situation d'urbanisation n'y est pas toujours observé (Caldwell *et al.*, 1973 ; Locoh, 1988 ; Tabutin, 1988). Les réseaux de parenté sont fortement différenciés entre les sociétés de tradition lignagère et segmentaire et les sociétés de tradition centralisée. Selon les principes matrilineaires et patrilinéaires (avec liens de consanguinité ou non), les relations lignagères ou claniques se réfèrent à un ancêtre commun, réel ou fictif, les alliances entre lignages étant soumises aux règles d'exogamie et de dot. La famille élargie et lignagère est le principal lieu de production des biens de subsistance, de reproduction des agents et de fourniture de la force de travail. Les transferts intergénérationnels et les droits et obligations entre cadets et aînés pallient en partie l'absence d'assurance chômage et de protection sociale, et ils favorisent une forte fécondité. Les comportements familiaux sont évidemment différenciés entre les zones rurales et les zones urbaines.

La famille africaine confrontée à un contexte de crise est souvent en recomposition. On tend à observer une relative déconnexion entre le mariage, la sexualité et la fécondité, mais la question de l'individuation des comportements est loin d'être tranchée. Les structures lignagères, bien loin de se dissoudre dans une modernité assimilable aux structures occidentales, semblent se renforcer, en même temps que s'installe un processus d'individualisation et d'exclusion. Il y a, sur fond de crise économique, une remise en cause des relations intergénérationnelles. Les hiérarchies institutionnelles fondées sur l'âge sont modifiées. La solidarité de crise fait place à une crise de la solidarité (cf. chapitre 4). Il importe également de prendre en compte le nombre croissant d'enfants orphelins ou sans structures familiales ainsi que la violence conjugale et parentale qui traduisent des déstructurations familiales dans des contextes de crise, de conflits.

La médiation des systèmes culturels et religieux

Le religieux est au cœur des systèmes symboliques, des comportements de reproduction et de la représentation de l'école et de la santé. On peut distinguer trois grands systèmes religieux comportant des formes importantes de syncrétisme.

Les religions animistes, non révélées – du terroir, de l'oralité, ou « traditionnelles » – renvoient au monde de l'ancestralité et de la transmission, basé sur un ordre social de reproduction. Ces sociétés gérocratiques donnent peu d'initiatives aux jeunes et aux femmes. La fécondité naturelle et la mort sont au cœur de la vie. L'éducation se fait hors de l'école ; guérisseurs et sorciers jouent un rôle central dans le système de santé. Ces religions rurales connaissent un renouveau important en milieu urbain. La santé s'insère, dans certaines zones, dans une vision du monde communautaire. Elle est, du moins en milieu rural, moins vécue sur un registre personnel que comme une question sociale.

L'islam africain multiséculaire s'étend et progresse sur l'ensemble de la zone soudano-sahélienne, en Afrique orientale et même en Afrique centrale, et concerne environ un tiers des habitants de l'Afrique subsaharienne. L'islam a des effets importants sur l'éducation (écoles coraniques), le statut de la femme (polygamie), la santé (effets de la circoncision) et les mécanismes redistributifs.

L'implantation du christianisme s'est réalisée historiquement en relation avec l'école, et les dispensaires et les zones christianisées sont les plus scolarisées. Le christianisme est aujourd'hui en pleine expansion dans la zone forestière (Afrique de l'Ouest, Afrique équatoriale) mais également en Afrique centrale, orientale et australe. On peut noter les effets différents du protestantisme et du catholicisme. L'Église catholique est davantage populationniste et réticente aux préservatifs. Les Églises évangélistes et du réveil se développent très rapidement. Elles sont devenues déterminantes pour expliquer les comportements démographiques face à la fécondité, à la maladie et à la mort. Les principes ABC (en anglais : *abstinence, be faithful, condom*) ou AFP (en français : abstinence, fidélité, préservatif) placent le préservatif au troisième rang des priorités.

L'éducation s'insère également dans une matrice socioculturelle. Elle est le lieu de tension entre différents savoirs, différentes langues, différentes représentations du passé, notamment le passé précolonial et colonial. Elle est historiquement au cœur de la construction de la citoyenneté et de la nation, du fonctionnement de l'État, de la langue de communication et de diffusion des savoirs spécifiques liés aux diverses cultures. Elle est, en même temps, un lieu de diffusion de savoirs universels, de maîtrise des mécanismes fondamentaux, d'apprentissage des langues véhiculaires internationales et des connaissances favorisant les compétences et les innovations au sein des unités productives.

La médiation des politiques publiques

En Afrique, les processus de décision politique se déroulent dans un horizon court, alors que les variables démographiques et les systèmes d'éducation ou de santé ont des effets d'inertie et d'hystérésis, et que les mesures politiques n'ont des effets qu'à retardement.

Les effets des politiques publiques sur l'efficacité des systèmes éducatifs et de santé

Les politiques éducatives (ou sanitaires) jouent un rôle important dans les relations entre variables démographiques, éducatives et sanitaires. Elles ont des impacts en termes *d'efficacité* et *d'équité* : financement de l'accès à l'école ou aux soins, amélioration des rendements internes ou de l'acquisition des connaissances, mesures permettant des discriminations positives, effets des frais de scolarité ou des recouvrements des coûts, effets des transferts parentaux. Certains travaux montrent ainsi que le financement par emprunt de l'enseignement supérieur, avec remboursement par les élèves, permet à la fois une efficience externe, par la prise en compte de la dimension intertemporelle de l'investissement scolaire, et une efficience interne par une meilleure acquisition des connaissances de la part d'élèves directement motivés. La question se pose en Afrique, vu l'émigration des compétences, d'un système international de prêts publics et de remboursement, quel que soit le lieu d'implantation.

La mesure des effets des politiques d'ajustement structurel sur la scolarisation, la santé et la démographie

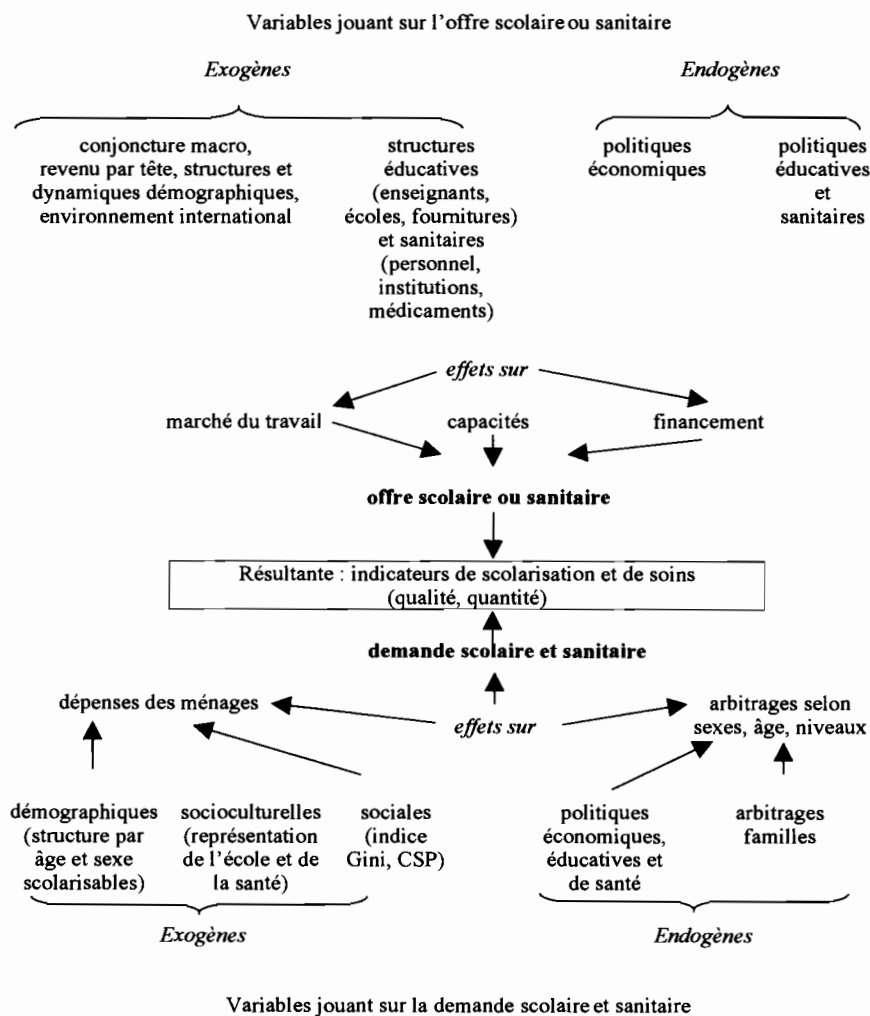
Les politiques macroéconomiques ont des effets sur le système scolaire et le système de santé. Les politiques de stabilisation et d'ajustement visaient à rationaliser les dépenses éducatives et de santé, à réduire les services publics au profit des services privés et à réallouer les dépenses aux structures primaires de base (école primaire, soins primaires). L'ajustement structurel agissait sur les déterminants de l'offre et de la demande scolaires par le biais des prix et des revenus. À court terme, il a conduit à modifier la structure des dépenses publiques d'éducation et de santé ; il a aussi agi sur les revenus des ménages et la structure de la demande. À plus long terme, il a eu des effets sur le coût de la formation en réduisant les dépenses salariales ; il a également des effets sur la demande, en modifiant le coût d'opportunité de l'école ou sur la demande solvable pour le paiement des frais de scolarité et de soins. Les politiques interviennent à côté d'autres variables, exogènes et endogènes. Les ajustements affectent ou ont affecté particulièrement certains

groupes sociaux, en milieu rural et en milieu urbain pauvre. Dans la mesure où les familles financent une partie importante des dépenses scolaires et de soins, la baisse du pouvoir d'achat peut conduire à une exclusion des catégories défavorisées, comme par exemple en cas de suppression des bourses ou des internats dans le supérieur. En revanche, les réallocations des dépenses vers les soins primaires, aux dépens des structures hospitalières, sont plutôt favorables aux catégories défavorisées pour l'accès à ce type de soins.

Les effets des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté

Depuis la mise en place des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) comprenant des programmes d'ajustement, la priorité a été mise par les bailleurs de fonds, et notamment par la Banque mondiale, sur un minimum d'éducation et de soins de base pour tous (Cling *et al.*, 2003). Les mesures de désendettement dans le cadre des pays pauvres très endettés (PPTE) conduisent ainsi à des affectations directes aux dépenses éducatives et sanitaires, et à des conditionnalités en termes de scolarisation ou d'indicateurs de santé. Il en résulte la mise en place de nouveaux systèmes de production de statistiques, sachant que celles-ci sont souvent construites pour les besoins de la cause et que les vitrines que montrent les systèmes éducatifs ou de soins rénovés sont souvent des « villages Potemkine » élaborés pour accéder aux financements extérieurs. Les réformes conduisent à réorienter les ressources vers l'éducation de base et à favoriser une pluralité de formes d'éducation primaire, y compris informelle. L'accent est mis sur la bonne gouvernance, avec des principes de transparence, de responsabilité et d'efficacité, et une définition du rôle des parties prenantes (*stakeholders*) dans le pilotage des systèmes éducatifs. Le court terme l'emporte sur les stratégies de long terme.

Figure 4. Mesure des effets des politiques sur les systèmes scolaires et de santé



On observe également une décentralisation, une privatisation, une hétérogénéisation des filières éducatives et sanitaires, ainsi qu'une évaluation ex-post par les normes. Dans de nombreux pays pauvres, les États se déchargent de l'éducation sur les collectivités décentralisées, qui, faute de moyens, se déchargent à leur tour sur le secteur privé, lequel ne touche que les catégories solvables, d'où le rôle croissant des ONG dans la prise en charge des exclus de l'école.

**Démographie, éducation, santé et développement durable :
quels principes d'action ?**

Les défis démographiques sont donc pluriels. Ils sont environnementaux dans la mesure où les sociétés doivent reconstituer leurs écosystèmes. Les anciens modes de régulation et de gestion patrimoniales, souvent caractérisés par la pluralité des droits, ne sont généralement plus capables de faire face aux enjeux environnementaux : déforestation, baisse de la biodiversité, accès à l'eau. La pression démographique, jointe aux techniques traditionnelles, empêche la reconstitution des qualités organiques des sols, du fait du raccourcissement, voire la suppression, de la jachère. Elle conduit aussi à la déforestation, par la consommation de bois de feu, à la diminution des ressources en eau potable, souvent polluées ou amenuisées par la surexploitation. L'ensemble de ces phénomènes entraîne une réduction des superficies propres à l'agriculture alors que les besoins augmentent et favorise également la désertification, notamment dans la zone sahélienne touchée par une diminution des précipitations depuis les années 1970.

Les défis sont aussi économiques du fait de la nécessité de réaliser les investissements collectifs et productifs nécessaires à la croissance économique et de se repositionner positivement dans la division internationale du travail. Ils impliquent des progrès de productivité et une accumulation à long terme. C'est ainsi par exemple que pour faire face à la croissance démographique prévisible, il est nécessaire de multiplier par plus de deux les rendements et par plus de trois la productivité du travail d'ici 25 ans. La jeunesse de la population modifie également rapidement les référents politiques. Mugabe et Gbagbo sont devenus des héros qui supplantent Mandela et Konaré. Nyerere ou Nkrumah, leaders des indépendances, sont largement inconnus des nouvelles générations. Les aspirations des jeunes sont tournées vers la formation et l'emploi, mais également vers les modèles occidentaux mimétiques véhiculés par les images. Les relations entre variables démographiques et développement durable sont complexes.

Les défis liés à la forte croissance démographique concernent enfin les relations intergénérationnelles qui sont au cœur du développement durable. Le développement durable est « un développement qui permet de satisfaire les besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire leurs propres besoins » ou « qui donne aux générations futures autant ou plus d'opportunités que nous en avons » (Bruntland, 1987). Il conduit ainsi :

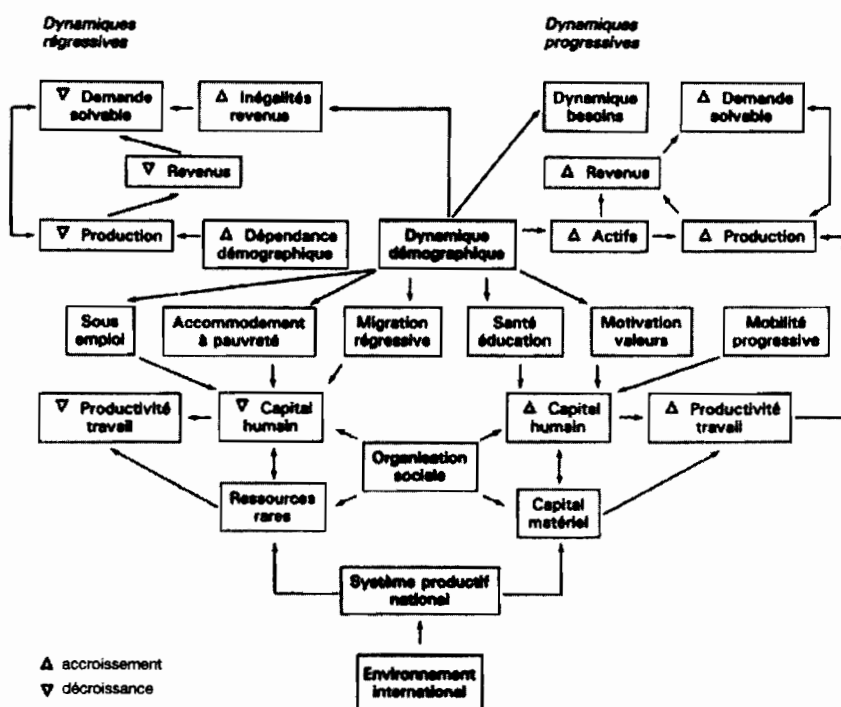
– à penser la pluridimensionnalité (démographique, économique, sociale et environnementale) et les interdépendances entre les niveaux

locaux et globaux, et à ne pas réduire les critères de décision aux seuls critères de la rentabilité et de la croissance ;

– à prendre en compte le long terme et l'intergénérationnel, d'où la nécessité de cadres stratégiques de long terme qui mobilisent les différents acteurs, fondent des actions publiques et collectives, et mettent en relation les différentes parties prenantes ;

– à prévenir les risques systémiques et les catastrophes, d'où la nécessité d'attitudes proactives et du principe de précaution. En situation d'incertitude radicale, celui-ci se différencie du principe de calcul économique supposant un risque probabilisable.

Figure 5. Dynamiques démographiques progressives et régressives



La relation entre démographie, croissance et développement n'est pas immédiate ?

Selon plusieurs travaux économétriques, les relations entre la croissance démographique et la croissance économique sont ténues (Blanchet, 1989 et 2001). Les canaux par lesquels transitent les liens entre démographie et croissance économique sont multiples : demande de biens et de services, comportement d'épargne, taille du marché, ratio de dépendance, etc. L'étude de Ndulu (2006) montre toutefois que l'écart entre le taux de croissance de l'Afrique et celui des autres pays en développement (PED) entre 1960 et 2004 (1,12 % de taux de croissance du PIB par tête en moins) s'explique par des facteurs démographiques (0,86 % de taux de croissance en moins). Les liens ne sont pas directs entre variables démographiques et développement. La capacité des acteurs sociaux à maîtriser les diverses transformations est plus ou moins grande. Selon les stratégies, un handicap peut relever de l'obstacle ou de l'atout, comme le montre l'exemple des pressions démographiques sur les hauts plateaux du pays bamiléké ou du Kenya ; de la même façon, un atout peut devenir un handicap : la pression démographique joue négativement sur les Hautes Terres malgaches, aux Comores, le long du lac Tchad, au Burundi, au Rwanda ou dans les zones menacées par la sécheresse. Il existe ainsi des situations malthusiennes où la pression démographique crée de fortes tensions mais également des situations boserupiennes de pression créatrice, liées à une forte densité. Les dynamiques démographiques ont des effets progressifs ou régressifs selon les capacités des acteurs à s'adapter à un niveau supérieur. Certains ont avancé qu'une densité moyenne de 40 à 50 ha/km² constituerait souvent au Sahel un seuil obligeant à des mutations technologiques. Cependant, même au Sahel, ce seuil peut être très variable selon les écosystèmes concernés. On doit noter par ailleurs que les investissements démographiques se font également aux dépens des investissements productifs. Plusieurs travaux, confirmés par l'étude récente de Ndulu (2006) qui explique les divergences de trajectoires entre les pays africains et les pays d'Asie de l'Est, montrent que, dans les années 1950, trois facteurs ont été déterminants. Il s'agit des écarts entre taux de scolarisation, entre indices synthétiques de fécondité et entre indices de Gini en termes de revenu (Rodrik et Wade, 1996).

Le développement consiste, selon certains, à « naviguer par zigzag pour atteindre le cap choisi en utilisant des vents favorables et contraires », comme le dit Albert Hirschmann, tandis que pour d'autres, fidèles à Sénèque, « il n'est pas de vents favorables pour celui qui ne sait où il va ». En l'absence d'actions proactives ou préactives, des explosions non contrôlées ou des feux de brousse peuvent se propager à partir de quelques étincelles.

*La démographie, la santé et l'éducation au cœur des inégalités
et des inéquités sociales*

La question des inégalités sociales

La démographie, l'éducation et la santé sont au cœur des inégalités entre individus et entre groupes sociaux : inégalités devant la mort et les maladies, devant l'accès aux soins ou à l'école, ou devant la possibilité d'utiliser ses compétences et de réaliser ses capacités.

Les espérances de vie à la naissance, la santé et l'éducation sont très inégalement distribuées selon les groupes sociaux. Ceux-ci disposent de pouvoirs asymétriques dépendant de leur situation, de leurs ressources, ainsi que de la répartition entre leur capital économique, leur « capital culturel » (connaissances, diplômes, bonnes manières), leur « capital humain » (qualifications, santé, etc.) et leur « capital social » (ressources qu'un individu peut obtenir de son réseau). Les acteurs sociaux ont des stratégies à l'intérieur de champs, de lieux de concurrence et de lutte (Bourdieu, 1980).

L'égalité peut être mesurée selon plusieurs critères : accès du plus grand nombre à une éducation ou à des soins de base, espérance de vie à la naissance, contribution des familles au prorata des bénéfices retirés de l'école ou des soins, rôle de la mobilité sociale et du diplôme comme ascenseur social, effets des modes de financement de l'école ou des soins sur l'égalité des chances. Il est possible également de mesurer les inégalités par des indices de répartition des revenus (indice de Gini, courbe de Lorenz, ligne de pauvreté, intensité de pauvreté, etc.).

L'origine sociale joue un rôle central dans la configuration de la distribution des scolarités individuelles. La situation des parents crée un biais majeur dans la relation formation/salaire. Il existe des interférences entre formation initiale et formation sur le tas, au cours de la vie professionnelle. Les relations entre formation et rémunération peuvent ainsi s'expliquer par des « effets classes sociales » (théories radicales), par des « effets filtre ou signal » (sélection des productivités individuelles), par des discriminations (selon les sexes, les âges ou les groupes d'appartenance), par des segmentations du marché du travail.

L'égalité des chances intergénérationnelles

L'éducation, comme la démographie, suppose une approche longitudinale en termes intergénérationnels. L'éducation est un moyen de briser le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Le niveau d'éducation des parents est un facteur de la demande scolaire et de

la réduction des disparités entre garçons et filles. En Guinée, la probabilité pour un enfant d'accéder à l'école lorsque sa mère n'est pas instruite est de 57 % ; elle passe à 88 % lorsque cette dernière a achevé le cycle primaire (Unesco, 2005b). Le Ghana (suivi par l'Ouganda) a une fluidité intergénérationnelle particulièrement élevée. La mobilité intergénérationnelle, scolaire et professionnelle, ainsi que l'égalité des chances devant le revenu, suivant l'origine sociale, sont, sans ambiguïté, plus fortes dans les pays où les inégalités de revenu sont limitées, comme au Ghana ou en Ouganda, par rapport aux pays plus inégalitaires comme la Côte d'Ivoire, la Guinée et Madagascar, où la mobilité intergénérationnelle et l'égalité des chances sont plus restreintes (Cogneau *et al.*, 2006 : 59).

Tableau 6. Impact de l'éducation des parents sur la scolarisation des enfants (1^{re} année du primaire)

pays	Nombre d'années d'études des parents		
	Sans instruction	1-5 ans	6-10 ans
Côte d'Ivoire	61,3	80	87
Guinée	56,9	76,7	87,5
Tchad	61,1	95	99

Source : Unesco (2005a).

On peut également mesurer les effets redistributifs du financement des services sociaux. Dans de nombreux pays africains, compte tenu des grandes disparités dans la fréquentation scolaire ou les systèmes de soins, selon les groupes sociaux, les dépenses publiques sont plutôt affectées aux catégories privilégiées. Dans la mesure où une partie importante des recettes de l'État provient de la parafiscalité assise sur les produits agricoles d'exportation, on peut considérer que le financement public de l'école et de la santé conduit, pour le monde rural, à des effets redistributifs négatifs (leurs contributions aux recettes sont supérieures aux prestations reçues). Ainsi, en Afrique, l'écart entre le montant alloué à chaque quintile reflète à la fois les différences de fréquentation et les différences de coût des services éducatifs. Une année d'études techniques dans le supérieur coûte 30 années du primaire. Or le quintile de revenu supérieur était en 1995 le bénéficiaire quasi exclusif de l'enseignement technique secondaire et supérieur et le principal bénéficiaire de l'enseignement supérieur.

Les pistes de recherche

La recherche est l'activité qui consiste à accroître la connaissance d'un domaine scientifique, à la soumettre à débat et à la mettre en question. Elle se distingue de l'expertise qui donne des réponses pour les décideurs. La science n'apporte pas de solutions mais des éclairages pouvant aider à la décision.

La recherche peut se réaliser dans, sur, en partenariat avec les pays en développement, ou pour le développement (recherche finalisée). La complexité des relations entre éducation, santé et variables démographiques doit conduire à privilégier certains axes de recherche :

- la traduction et la comparaison des catégories analytiques des démographes, des sociologues et des économistes, ainsi que celles des sources statistiques utilisées (EDS, enquêtes ménages) ;
- la comparaison des échelles et des niveaux, afin d'appréhender les variables, depuis le ménage jusqu'aux regroupements régionaux (les données du FNUAP diffèrent par exemple de celles de l'UA) ;
- la comparaison des différents régimes démographiques ;
- l'observation des environnements institutionnels et notamment de la situation d'États fragiles ou faillis (Châtaignier et Magro, 2006). Il paraît utile de montrer les spécificités des relations entre variables démographiques, santé et éducation, dans le cas d'institutions ou de sociétés faibles, où dominent des zones grises, des situations de conflits et d'insécurité ;
- l'étude du rôle de l'appartenance religieuse (notamment aux Églises évangélistes et aux réseaux islamiques) sur les comportements démographiques ;
- le repérage des seuils qui définissent des trappes à pauvreté et permettent de faire jouer différents leviers complémentaires.

Sur le plan méthodologique, plusieurs problèmes doivent être élucidés :

- les limites liées à la faible fiabilité des statistiques et aux biais de mesure ;
- les questions de causalité, de corrélation et d'endogénéité qui limitent la valeur des tests économétriques ;
- les questions de seuils et de sauts qualitatifs qui conduisent à des trappes à pauvreté ou à des cercles vertueux ;
- les divergences d'interprétation des relations, en coupes instantanées (*cross section analysis*) et en données chronologiques (études longitudinales) ;
- l'explication de l'existence d'une exception africaine dans les travaux économétriques en coupes instantanées.

Sur le plan normatif et sur le plan de l'action publique et collective, plusieurs questions peuvent être approfondies :

- quels sont les leviers éducatifs et sanitaires sur lesquels il faut jouer prioritairement pour une régulation démographique ?

- quelles sont les institutions médiatrices déterminantes pour relier les variables scolaires, sanitaires et démographiques : la cellule familiale, les systèmes de représentations et de valeurs, les rapports sociaux, les régimes de croissance économique, les régimes politiques ?

- comment favoriser la décision, aux niveaux micro et macro, dans le domaine démographique, et notamment concilier les cycles courts de décision politique avec les pas de temps longs et les effets d'inertie des variables démographiques ?

Conclusion

En conclusion, il existe évidemment des interdépendances entre éducation, santé et variables démographiques, mais l'évolution de chacune de ces variables renvoie plus fondamentalement à la pauvreté, et les interdépendances entre ces variables peuvent conduire à des trappes à pauvreté. Si l'on vise l'accroissement des capacités et des droits de la personne, l'accès à la scolarisation, l'accès à la santé et l'accès à la maîtrise des variables démographiques doivent apparaître comme des objectifs à part entière. Il est souhaitable, en revanche, de ne pas les instrumentaliser. L'éducation ne peut agir sur les variables démographiques que si « toutes choses [sont] égales par ailleurs ». Agir sur un seul levier a des effets limités, voire nuls. Les pas de temps ne sont pas les mêmes et la maîtrise de la fécondité n'aura d'effets réducteurs significatifs sur la croissance démographique qu'au-delà de 2015, horizon des OMD. Mais ceci n'implique pas, au contraire, qu'il ne faille pas agir dès maintenant. La mesure des relations entre savoir, avoir et pouvoir renvoie aux rapports complexes qu'entretiennent les champs éducatif et sanitaire (rapports caractérisés par des tensions entre universalisme et particularisme qui sont les valeurs accordées à l'innovation et à la conservation des patrimoines), et, en définitive, aux projets politiques et idéologiques des différents acteurs. L'éducation et la santé sont au cœur des tensions et des contradictions des sociétés. La crise des systèmes scolaires et des systèmes de santé, ainsi que les difficultés que soulève leur réforme sont des révélateurs de ces tensions. Malgré l'importance capitale des variables démographiques prévisibles et la nécessité de stratégies proactives, les pouvoirs publics se cantonnent dans un rôle de « pompiers » ou

essaient de ruser en évacuant les réformes éducatives du champ du débat politique.

On peut, en deçà de certains seuils, observer des cercles vicieux et des « trappes à pauvreté ». Ce concept de Leibenstein a été repris notamment par Jeffrey Sachs (2005). La croissance démographique rend nécessaire un bond en avant pour dépasser la trappe malthusienne. Un effort scolaire décontextualisé, permettant d'utiliser les connaissances, les compétences et les aptitudes, conduit à une impasse collective, même si, individuellement, l'élève peut être gagnant. Il faut dès lors agir sur plusieurs leviers en même temps pour réaliser un effet de seuil, même si certains projets peuvent exercer des effets de levier plus importants. L'arbitrage intertemporel et notamment intergénérationnel est central dans cette démarche.

Une forte croissance démographique rend difficile une scolarisation généralisée. Inversement, un effort important de scolarisation, effort qui doit être nécessairement soutenu sur le long terme, peut favoriser un recul de l'âge du mariage, réduire à terme la fécondité et conduire ainsi à des générations futures moins nombreuses, rendant possible un financement soutenu de l'éducation.

Les tests empiriques en termes de facteur résiduel ou de croissance endogène montrent globalement un effet positif de la formation sur la croissance, à un niveau macroéconomique. Ces tests donnent toutefois des résultats peu significatifs en Afrique. Il existe un seuil critique en deçà duquel le stock d'éducation ne contribue pas de manière significative à la croissance (cf. Lau *et al.*, 1990).

L'éducation n'est toutefois qu'un *support*. Son efficacité quant au développement économique et au développement durable dépend des modèles et des valeurs qu'elle transmet, des motivations qu'elle suscite. L'enseignement scolaire participe de l'apprentissage des mécanismes fondamentaux de la pensée (lire, écrire, compter dans une langue écrite), de la découverte de la notion de la causalité et du temps linéaire, et de la mise en contact avec les jeux et les formes. L'investissement scolaire, en diffusant les valeurs motrices de la croissance, en diffusant l'innovation, l'esprit expérimental ou les aptitudes, est ainsi un facteur potentiel important du développement. Mais, en même temps, il est ancré dans des systèmes sociohistoriques, il aboutit à des habitudes et à des attitudes, et il filtre certains systèmes de valeurs. L'innovation que peut favoriser la formation – à condition que de nouveaux comportements démographiques soient acquis – ne dépend pas principalement de l'acquisition de savoirs unifiés, mais résulte plutôt des projets personnalisés d'acteurs en phase avec la diversité culturelle de leurs sociétés.

Bibliographie

- AFD (2004), *L'Épidémie du VIH/SIDA, un défi pour la réalisation de la scolarisation primaire universelle en Afrique subsaharienne*, Working Paper, Paris, AFD.
- BLANCHET D. (1989), « Croissance de la population et du produit par tête au cours de la transition démographique : un modèle malthusien peut-il rendre compte de leurs relations ? », *Population*, vol. 44, n° 3, mai-juin, p. 613-629.
- (2001), « L'impact des changements démographiques sur la croissance et le marché du travail », *Économie politique*, vol. 111, p. 511-564.
- BLEDSON C.H. et COHEN B. (1993), *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, Washington, National Research Council.
- BOSERUP E. (1981), *Population and Technological Change*, Oxford, Basic Blackwell.
- BOURDIEU P. (1980), *La Reproduction*, Paris, Éditions de Minuit.
- BOURGEOIS-PICHAT J. (1946), « De la mesure de la mortalité infantile », *Population*, n° 1, p. 53-68.
- BRUNTLAND H. (1987), *Notre avenir à tous, Rapport de la commission mondiale sur l'environnement*, Oxford University Press.
- CALDWELL J.C. et al. (1973), *Croissance démographique et évolution socio-économique en Afrique de l'Ouest*, New York, The Population Council.
- CHARBIT Y. et NDIAYE S. (2006), « Éducation et changements démographiques », in Pilon M. (dir.), *Défis du développement en Afrique subsaharienne. L'éducation en jeu*, Nogent, CEPED, coll. « Rencontres ».
- CHÂTAIGNIER J.-M. et MAGRO H. (dir.) (2006), *États et sociétés fragiles. Entre conflits, reconstruction et développement*, Paris, Karthala.
- CLING J.-P., RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F. (2003), *Les Nouvelles Stratégies de lutte contre la pauvreté*, Paris, Economica-IRD.
- COGNEAU D. et al. (2006), *Inégalité et équité en Afrique*, Paris, AFD, coll. « Notes et documents » n° 31.
- COUSSY J. et VALIN J. (1996), *Crise et population en Afrique*, Paris, CEPED.
- FALL S. (2007), *Les Facteurs de la contraception au Sénégal au tournant du siècle*, Paris, CEPED-GRIPPS.
- FASSIN D. (2006), *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.

- FEACHEM R.G. et JAMISON D.T. (eds.) (1991), *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*, Oxford, Oxford University Press.
- FERRY B. (2004), *Démographie, santé de la reproduction et croissance économique en Afrique, présentation*, Working Paper, Paris, séminaire AFD.
- FNUAP (2006), *State of World Population*, New York.
- FOOTE K.A. et al. (1993), *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Washington, National Research Council.
- GAILLARD J., HASSAN M.V., WAAST R. (2005), *Africa*, Unesco World Science Report 2005, Paris, Unesco.
- GARENNE M. (1994), « Mortality in Sub-Saharan Africa: Trends and Prospects », in Lutz W. (ed.), *The Future Population of the World: What can we assume Today*, Londres, International Institute for Applied System Analysis, p. 167-186.
- GASUKI A.E., GARENNE M., GAULLIER G. (2005), « Chocs externes, gestions de l'État et mortalité des enfants en Zambie de 1964 à 1998 », *African Development Review*, vol. 17, n° 1.
- GUBERT F. et ROBILLARD A.-S. (2006), « Décisions de scolarisation en milieu rural à Madagascar : une analyse sur données de panel », 7^e journées scientifiques du réseau Analyse économique du développement de l'AUF, Paris, septembre.
- GUICHAOUA A. (dir.) (2004), *Exilés, réfugiés, déplacés en Afrique centrale et orientale*, Paris, Karthala.
- HUGON P. (1995), « Socio-Economic Context », in Pison G. et al., *Population Dynamics of Senegal*, Washington D.C., National Academic Press.
- (1996), « Les systèmes éducatifs africains dans le contexte de récession et d'ajustement », in Coussy J. et Vallin J. (dir.), *Crise et population en Afrique*, Paris, CEPED, coll. « Les études du CEPED » n°13, p. 209-231.
- (1998), « Ajustement structurel, les effets sociaux et régulation démo-économique », in Loriaux M. (dir.), *Populations et développements : une approche globale et systémique*, Bruxelles, Academia Bruylant-L'Harmattan.
- (2005), « La mesure des effets économiques de la scolarisation. Apports et limites de l'économie de l'éducation », in Vinokur A. (dir.), *Pouvoir et mesure en éducation*, Paris, ARES.
- (2006), *L'Économie de l'Afrique*, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».
- HUGON P., POURCET G., QUIERS-VALETTE S. (dir.) (1995), *L'Afrique des incertitudes*, Paris, PUF.
- KORACHAIS C., GUILLAUMONT P., BERVIE J. (2006), « Comment l'instabilité économique diminue la survie des enfants », 7^e journées

- scientifiques du réseau Analyse économique du développement de l'AUF, Paris, sept.
- LAU L.J., JAMISON D.T., LOUAT F.F. (1990), « Education and Productivity in Developing Countries: An Aggregate Production Function Approach », *Working Paper WPS*, n° 612.
- LEIBENSTEIN H. et BUTTON K. (1989), *The Collected Essays of Harvey Leibenstein. Volume 1 : Population, Development and Welfare*, Aldershot, Edward Elgar.
- LOCOH T. (1988), « L'analyse comparative de la taille et de la structure des ménages », Congrès de la population, Dakar, UIESP, vol. II.
- LORIAUX M. (dir.) (1998), *Populations et développements : une approche globale et systémique*, Bruxelles, Academia Bruylant-L'Harmattan.
- MINGAT A. et SUCHAUT B. (2000), *Les Systèmes éducatifs africains. Une analyse comparative*, Bruxelles, De Boeck Université.
- MINGAT A. et ZEIN E. (2004), *Les Effets différés de l'éducation des filles dans les domaines de la pauvreté et de la population*, WP PSAST/AFTHD, Washington, Banque mondiale.
- MORRISSON C. (ed.) (2003), *Education and Health Expenditures and Poverty in East African: Madagascar and Tanzania*, OCDE, Development Center Studies.
- NDULU *et al.* (2006), *Challenges of African Growth Opportunities, Constraint and Strategies Directions*, Washington, World Bank.
- ONUSIDA (2006), *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, New York, Nations unies.
- PILON M. (dir.) (2006), *Défis du développement en Afrique subsaharienne. L'éducation en jeu*, Paris, CEPED, coll. « Rencontres ».
- PISON G., HILL K., COHEN B., FOOTE K. (1997), *Les Changements démographiques au Sénégal*, Paris, INED-PUF, coll. « Les cahiers de l'INED » n° 138.
- PNUD (2006), *Rapport sur le développement humain*, New York.
- QUESNEL *et al.* (2004), *Population et développement. Le Caire + 10, New York 22-26 mars*, Working Paper, Paris, CEPED.
- RAWL S.J. (1971), *Théorie de la justice*, Paris, Le Seuil.
- RODRIK D. et WADE R. (1996), *East Asian Miracle or Design?*, Washington, ODC.
- SACHS J. (2005), *The End of Poverty: Economic Possibilities of our Time*, New York, Penguin Press HC.
- SAUVAGEOT C.L. et STOEFLER-KERN F. (2005), « Les objectifs d'éducation pour tous 2015, contexte démographique et scolarisation », Communication ATM, Marrakech, avril.
- SCHLEICHER M.T.S. (2001), *Réaliser l'éducation pour tous : les défis démographiques*, Paris, Unesco.

- SEN A.K. (1999), *Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté*, Paris, Odile Jacob.
- TABUTIN D. (dir.) (1988), *Population et développement en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique ». *Population*, vol. 593-594, n° 2, p. 521-622.
- UNESCO (2000), *Cadre d'action de Dakar. L'éducation pour tous : tenir nos engagements collectifs*, Paris, Unesco.
- (2002), *Education in Situation of Emergency, Crisis and Reconstruction*, Working Paper, Paris, Unesco Strategy.
- (2005a), *Éducation pour tous : l'exigence de qualité, Rapport mondial de suivi de l'éducation pour tous, 2005*, Paris, Unesco.
- (2005b), *Dakar+5. Éducation pour tous en Afrique. Repères pour l'action*, Paris-Dakar.
- UNION AFRICAINE (2006), *Sommet extraordinaire sur le VIH-sida, la tuberculose*, Abuja, 2-4 mai.
- UNITED NATIONS (2007), *World Population Prospects, Revision 2006*.
- VERON J. (2000), *Population et éducation*, Paris, INED.
- VINOKUR A. (dir.) (2005), *Pouvoir et mesure en éducation*, Paris, ARES.
- WERY R., RODGERS G.B. (1980), « Endogenising Demographic Variables in Demo-Economic Models: The Bachue Experience », *Population and Labor Policies Programs*, n° 86, April.
- WORLD BANK (2006), *World Development Indicators*, Washington.

La demande d'enfants en Afrique subsaharienne

Patrice VIMARD et Raïmi FASSASSI

En Afrique subsaharienne, le niveau de la fécondité est le plus élevé au monde et la pratique de la contraception est la plus faible. Cette permanence d'un régime de forte fécondité, où les comportements de régulation de la procréation considérés comme traditionnels dominent encore, ne doit pas nous surprendre. Elle accompagne en effet, en ce début de XXI^e siècle, une situation socio-économique ne prédisposant pas à une transformation profonde des idéaux et des pratiques de fécondité : absence de réel décollage économique, persistance de la pauvreté, mauvaise qualité des services publics, manque de scolarisation de masse et de système collectif d'assurance sociale et de retraite, baisse très lente de la mortalité, lorsque celle-ci ne remonte pas sous l'effet du VIH/Sida ou de la désorganisation des systèmes de soins. Cependant, malgré toutes ces défaillances, qui symbolisent le faible développement de la région, où deux décennies de stagnation et de crises viennent de succéder aux années de croissance post-indépendance, la baisse de la fécondité émerge dans bien des pays. Bien qu'elle soit inégale, selon les milieux de résidence et selon les niveaux de vie et d'instruction, elle atteste que des changements du modèle de reproduction sont à l'œuvre (United Nations, 2005 et 2006 ; Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Vimard *et al.*, 2007). À ce stade, pour mieux comprendre les ressorts profonds de cette forte fécondité des populations africaines comme des prémices de sa transition, il nous semble utile de faire un détour par la « demande d'enfants ». Cette demande d'enfants, énoncée à un niveau individuel, conjugal ou collectif, est en effet, dans toutes les sociétés, l'un des fondements de la fécondité et l'un des facteurs de son intensité. De plus, les observateurs ont le plus souvent affirmé que la plupart des populations d'Afrique subsaharienne

se caractérisaient par le désir d'une descendance élevée, désir qui ne peut être sans rapport avec le niveau de la fécondité constaté.

Dans ce chapitre, nous présenterons tout d'abord le rôle de la demande d'enfants dans les approches de la baisse de la fécondité et tout spécialement dans la théorie de la transition démographique, considérée ici comme cadre explicatif de cette diminution de la fécondité. Puis nous analyserons le niveau de la demande d'enfants et sa relation avec la fécondité, dans les différents pays de l'Afrique subsaharienne, tels que ces phénomènes peuvent être appréciés avec les données actuellement disponibles. Ensuite nous discuterons des facteurs de la demande d'une descendance nombreuse, avant de proposer quelques pistes de recherche pour approfondir nos connaissances en la matière.

La demande d'enfants comme facteur de la fécondité

Dans cette première partie, nous aborderons tout d'abord le rôle qui a été attribué au concept de demande d'enfants dans les diverses discussions théoriques relatives à la baisse de la fécondité, avant de nous interroger sur les spécificités de cette notion dans le contexte social de l'Afrique subsaharienne et de voir ce que l'on peut retirer des quelques résultats portant sur cette question.

Le rôle de la demande d'enfants dans la théorie de la transition démographique

La conceptualisation de « la demande parentale d'enfants » est un apport microéconomique majeur à la théorie de la transition démographique¹ et elle correspond à une formalisation de la deuxième condition que A.J. Coale mettait à la baisse de la fécondité : « réduire sa fécondité doit être avantageux. Les circonstances sociales et économiques doivent conduire les couples à juger profitable la réduction de la fécondité » (Coale, 1973 : 65). Cette notion, élaborée dans le cadre du développement de la théorie économique des ménages qui explique tous les comportements par des choix rationnels (Becker, 1960), a été ensuite articulée à l'idée de

1. Dans cette partie, on distingue la « transition démographique » – mouvement de baisse de la mortalité puis de la fécondité, conduisant ces composantes de la croissance naturelle des populations d'un niveau élevé à un niveau faible tout en suscitant une forte croissance des effectifs –, de la « théorie de la transition démographique » qui a donné à ce mouvement une portée à visée universelle tout en énonçant un certain nombre de facteurs explicatifs de cette évolution.

transferts entre générations, qui est devenue essentielle dans les analyses de la fécondité : il peut s'agir de « ce que les individus ont hérité de leurs parents et [de] ce qu'ils souhaitent laisser à leurs enfants » (Easterlin, 1976), ou de « la qualité que les parents veulent transmettre à leurs enfants » (Becker et Nigel, 1976), ou bien encore des flux intergénérationnels de richesse, « le sens du déséquilibre dans les échanges de biens et services entre aînés et cadets, entre parents et enfants » (Caldwell, 1976).

L'importance de cette notion a été critiquée par différents courants de pensée qui ont souhaité réévaluer le rôle des facteurs non économiques dans la baisse de la fécondité. Les « culturalistes » (notamment Berelson, 1966 ; Cleland et Wilson, 1987) ont remis principalement en cause cette idée selon laquelle la fécondité serait un choix rationnel et conscient, et sa transition le résultat d'une baisse de la demande parentale d'enfants consécutive à des changements macroéconomiques. Leur critique s'est basée essentiellement, à un niveau micro, sur le fait que, le plus souvent, dans les pays en développement, le nombre d'enfants désirés est inférieur à celui de la descendance finale, et au niveau macro sur le maintien d'une haute fécondité en Angleterre un siècle après que les conditions d'une demande élevée d'enfants ont disparu. Pour eux, la simultanéité et la vitesse de la baisse de la fécondité dans des régions européennes très dissemblables au plan socio-économique (en 1880-1930) comme la synchronisation de la diminution dans des pays en développement à l'immense diversité d'organisation politique et économique (en 1960-1990) montrent que la transition n'est en relation avec aucune force économique et qu'elle ne se fonde pas sur un changement des conditions objectives d'ordre macroéconomique. Au contraire, cette généralisation indique que les forces de changement sont à l'œuvre au niveau sociétal et que la transition de la fécondité s'établit par une transformation du contexte culturel et normatif des choix reproductifs avec la production de nouveaux idéaux et de nouvelles perceptions, aspirations et connaissances. Leur thèse, très en vogue dans les années 1960 et 1970, est une vigoureuse dénonciation du déterminisme économique et un plaidoyer pour l'importance des idéaux. Elle marque le passage d'une conception structuro-fonctionnaliste de la transition démographique, issue de la théorie de la modernisation (Parsons, 1937), qui met l'accent sur les changements des structures économiques et sociales comme facteurs essentiels des changements microsociaux de nature démographique, à une conception culturaliste où les mentalités et les attitudes relatives à la reproduction démographique peuvent évoluer en l'absence de transformations des structures socio-économiques. Cette thèse se situe également, d'une certaine manière, dans le cadre d'un courant de pensée mettant l'accent sur l'effet de la modernisation, mais il s'agit ici d'une modernisation des valeurs et des mentalités agissant au niveau individuel.

En réaction à cette thèse culturaliste, qui met en valeur l'importance d'un changement macroculturel sur les comportements individuels, s'est développé, dans les années 1980 tout particulièrement, un autre courant critique, celui des « approches institutionnelles ». Ce courant, notamment illustré, selon des approches connues sous diverses appellations, par G. McNicoll (1982), M. Cain (1985) et P. Kreager (1985), prône l'importance des changements institutionnels dans l'évolution de la fécondité et place les évolutions des institutions sociales intermédiaires au centre des déterminants de la transition démographique. Ces évolutions institutionnelles, en modifiant les contraintes qui s'exercent sur les choix reproductifs et les options possibles de ces choix démographiques, influencent les comportements de fécondité, les transformations de certaines institutions (marché du travail, régime foncier, organisation familiale, etc.) pouvant conduire à une transition de la fécondité. Ces approches insistent ainsi sur la transformation des cadres institutionnels, ce qui n'est pas sans évoquer le concept de modernisation, mais appliqué ici à des structures sociales intermédiaires. Ce courant, qui met en évidence la nécessité d'analyser l'effet des évolutions institutionnelles et des changements démographiques dans le contexte de chaque société, trouve un certain aboutissement dans la critique « contextualiste ».

Cette critique « contextualiste » est radicale et S. Szreter (1993) en est sans doute l'avocat le plus percutant en affirmant que l'idée de transition démographique est inutile et inappropriée pour guider des recherches sur les changements de la fécondité dans des circonstances historiques spécifiques. Pour cet auteur, la théorie de la transition démographique est affectée d'une déficience méthodologique de base car d'une part, étant conceptuellement indéterminée, elle ne peut générer des hypothèses non ambiguës sur les causes spécifiques du changement de fécondité et d'autre part, étant une description métaphorique et résumée du changement, elle ne peut nécessairement apporter une aide dans l'explication causale d'un changement donné dans un cas particulier. Tenant pour acquise la variété de ces changements, la thèse des contextualistes estime que l'effet des transformations économiques et sociales sur la fécondité est médiatisé par des formes locales, culturelles et institutionnelles, tels les changements de langue, de valeurs et de rôles ; elle considère ainsi la perception des coûts relatifs à l'éducation des enfants comme la variable complexe et centrale de l'évolution de la fécondité.

De la théorie de la transition démographique et de ses remises en cause, ici schématiquement présentées², on retiendra trois conceptions différentes des changements de fécondité :

- un changement de la demande d'enfants sous l'effet de facteurs de différents ordres (modernisation économique, transformation culturelle,

2. Pour plus de détails voir notamment Guilmoto (1996), Piche et Poirier (1995), Vimard (1997).

distribution des richesses, transition de la mortalité, politique de contrôle des naissances, etc.) dont l'influence relative varie selon les pays et les sociétés ;

- un changement des idéaux de fécondité, qui se formalise par une évolution de la demande d'enfants, sous l'effet d'une transformation, radicale et généralisée à une diversité de sociétés, du contexte culturel et normatif des choix reproductifs ;

- des changements pluriels de la perception des coûts relatifs à l'éducation des enfants, qui influenceront sur la demande d'enfants, du fait des transformations économiques et sociales, médiatisées par des modifications culturelles et institutionnelles propres à chaque société.

Si l'on admet que la demande d'enfants repose en premier lieu sur les « préférences » des parents, de nature idéologique, puis sur les « prix » des enfants, d'ordre économique, on peut constater que le premier changement exposé ici correspond essentiellement à une modification des « prix » relatifs aux enfants, le deuxième à une modification des « préférences » des parents et le troisième à une articulation des deux modifications antérieures.

En synthétisant ces différentes conceptions théoriques, on peut admettre que le déclin de la fécondité repose en partie sur la baisse de la demande d'enfants, laquelle procède d'une augmentation du coût des enfants (augmentation des biens et services nécessaires pour leur éducation, du prix du temps qui leur est consacré) et d'une diminution des bénéfices qui en sont attendus (travail auprès des parents, activités domestiques, don de biens matériels, aide durant la vieillesse des parents, satisfactions affectives). Ces évolutions s'articulent avec une substitution de la recherche d'une meilleure qualité des enfants (qui participe à une augmentation de leurs coûts) à celle d'une plus grande quantité, substitution qui contribue par conséquent à une diminution de la demande. Il apparaît donc nécessaire d'intégrer à une approche de la demande d'enfants en terme de coûts/bénéfices (ou de prix/revenus), à laquelle la théorie économique de Becker et plusieurs analystes se limitent, des éléments plus subjectifs comme les préférences et les goûts des parents.

En outre, il apparaît important de considérer, à la suite de R. Easterlin, dans un modèle de fécondité, deux facteurs complémentaires à la demande d'enfants : l'offre d'enfants et le coût de la régulation de la fécondité. L'offre d'enfants correspond à la production potentielle d'enfants en l'absence de toute limitation des naissances. Elle dépend par conséquent de la fécondité naturelle et de la survie des enfants à l'âge adulte, et elle repose sur des facteurs de nature biologique, physiologique et culturelle. Le coût de la régulation de la fécondité comprend des coûts subjectifs (désagréments relatifs à la pratique de moyens de limitation) et des coûts objectifs (temps et argent nécessaires pour acquérir et utiliser des méthodes de contrôle), et il dépend par conséquent de facteurs culturels et de facteurs liés à l'information et aux services de planification familiale (Easterlin, 1975 ; Bulatao et Lee, 1983).

Les spécificités de l'Afrique subsaharienne au regard de la demande d'enfants

L'organisation familiale traditionnelle en Afrique subsaharienne, à base lignagère, comporte des caractéristiques susceptibles de modifier la signification du postulat de rationalité comme celui du calcul en termes de coûts/bénéfices, en limitant ainsi la portée des modèles de la famille qui seraient strictement économiques. Quatre caractéristiques de l'organisation traditionnelle en famille élargie contribuent à discuter de la pertinence des théories microéconomiques de la fécondité : la conception selon laquelle l'enfant appartient au lignage avant d'être celui du couple, la gestion communautaire de certaines ressources comme le foncier, l'implication des membres du lignage dans les décisions de procréation et le culte des ancêtres (Anoh, 2001). Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, certains ont pu considérer que ce système de famille élargie n'admettait pas la même forme de rationalité que celle qui régit les pays développés, pour lesquels les théories économiques de la fécondité ont été élaborées, puisque les membres du lignage interviennent dans les prises de décision en matière de fécondité (Cleland et Wilson, 1987). Pour notre part, il nous semble qu'il s'agit là de la même forme de rationalité. Simplement, l'appartenance de l'enfant au lignage introduit un coût social supplémentaire pour les parents, auxquels la décision finale de fécondité appartient. En revanche, les coûts économiques sont moindres du fait de la prise en charge commune de l'enfant (Fassassi, 2004).

Quoi qu'il en soit, l'organisation familiale traditionnelle comme l'organisation lignagère de la production sont aujourd'hui remises en cause par toute une série de facteurs liés à l'urbanisation, au développement de l'économie agricole marchande, à l'exode rural, aux nouvelles législations familiales et aux crises économiques et sociales successives. Aussi la fécondité doit-elle être considérée à l'aune de ces évolutions qui altèrent les principes anciens qui régissaient les modèles familiaux et la place de l'enfant dans les sociétés africaines dites traditionnelles (Pilon et Vimard, 1998).

D'une part, le fait que les enfants étaient perçus comme appartenant au lignage engendrait pour eux une mobilité familiale importante : les familles confiaient leurs enfants ou accueillaient les enfants de membres de la famille élargie. Dans un tel contexte, de par la redistribution des enfants entre les ménages, il n'y avait pas de lien direct ou tout au moins de lien permanent entre la décision de procréer et le coût d'entretien des enfants, qui étaient répartis au sein de réseaux de parenté étendue, en Afrique subsaharienne comme ailleurs (Davis, 1955). Aujourd'hui, dans un nombre croissant de groupes sociaux, on peut noter une réappropriation des enfants par les couples et une dévolution des coûts d'éducation et de soins aux parents eux-mêmes. Si le confiage d'enfants perdure, il se

perpétue selon des liens davantage privés et individualisés entre les parents et les familles d'accueil en fonction de nouveaux liens de dépendance entre les ménages (Guillaume *et al.*, 1997). Et, avec l'entrée dans les économies modernes, les larges réseaux de parenté ont tendance, tout en perdant leur contrôle sur les ressources, à se fractionner et même à se dissoudre, ce qui augmente directement les coûts d'éducation pour les parents (Turke, 1989).

Dans le même sens, si vie active et maternité demeurent facilement compatibles pour les femmes dans certains milieux, lorsque les membres de la famille élargie peuvent s'occuper des enfants, l'éloignement des couples urbanisés d'une grande partie de leur parentèle et la nucléarisation de certaines familles, en milieu rural comme en milieu urbain, peut rendre plus difficilement conciliable l'activité de la femme, surtout lorsqu'elle est de nature salariée, avec l'éducation d'une descendance nombreuse, même si des possibilités d'avoir recours à des domestiques (accessibles aux salariés) et à des adolescents confiés (pour surveiller des enfants plus jeunes) existent. Les arbitrages entre procréation et activité économique prennent alors tout leur sens. En conséquence, le temps de la femme n'a pas la même valeur selon les groupes sociaux en fonction du mode de production dominant, et il existe toute une gamme de situations à considérer au regard de ces phénomènes.

D'autre part, si dans les milieux vivant d'une économie agricole d'autosubsistance, les ressources foncières peuvent continuer d'être gérées collectivement plutôt qu'individuellement, ce qui atténue la perception de la contrainte de revenu, il n'en est pas de même dans les autres milieux. Dans les économies agricoles de rente, l'appropriation privée de la terre, ou tout au moins celle des plantations pérennes, modifie radicalement cet état de fait. Il en est de même en milieu urbain, où les activités économiques sont le plus souvent organisées, en dehors des familles élargies, par des institutions publiques, des firmes privées ou des familles restreintes. De ce fait, à la ville comme à la campagne, les choix relatifs à l'activité, à l'utilisation du revenu et à la consommation s'individualisent et cessent peu à peu d'être une affaire collective. Les modèles fondés sur la maximisation des satisfactions sous contrainte des revenus et des prix retrouvent alors un sens, et il faut tenir compte de l'orientation des déséquilibres dans les transferts intergénérationnels et d'une possible inversion des flux de richesse entre cadets et aînés (Caldwell, 1976). Pour certains groupes socio-économiques, l'enfant considéré jusqu'alors comme un réducteur d'incertitudes peut devenir le vecteur de nouvelles contraintes.

Malgré cette évolution profonde de l'organisation familiale dans beaucoup de communautés d'Afrique au sud du Sahara, qui permet de réévaluer les termes économiques dans une approche de la fécondité, il est nécessaire d'observer que les décisions en matière de fécondité continuent de ne pas

reposer uniquement sur des considérations d'ordre économique. En effet, des facteurs religieux et moraux conditionnent également les comportements des individus et des familles. Il faut signaler en particulier le rôle du culte des ancêtres. Dans la conception des sociétés qui pratiquent le culte des ancêtres, « les vivants représentent une petite partie d'une lignée, qui remonte très loin dans le passé et se prolonge très loin dans l'avenir, et ont la lourde responsabilité d'assurer l'avenir de la famille en adoptant un comportement procréateur approprié » (Talbot, 1927, cité par Caldwell, 1993). Cette conception est certainement à la source d'un sentiment pronataliste particulièrement fort en Afrique subsaharienne. Selon Cleland et Wilson (1987 : 27), celui-ci ne peut pas seulement résulter d'un bas niveau de développement, d'alphabétisation et d'espérance de vie, mais doit être davantage relié à une forme d'organisation sociale qui a conféré, jusqu'à récemment, une sécurité physique et un avantage politique et économique aux communautés démographiquement fortes. Ce qui a pu de ce fait engendrer un support culturel puissant à la forte fécondité, qui peut demeurer encore très prégnant malgré les transformations des conditions matérielles qui le justifiaient jusqu'alors (Anoh, 2001).

La demande d'enfants dans les analyses actuelles de la fécondité

Durant les dernières années, quelques rares analyses se sont penchées spécifiquement sur la demande d'enfants en mettant en évidence l'importance des facteurs qui agissent directement sur celle-ci et, au-delà, sur la baisse de la fécondité. Ainsi, au Bangladesh, exemple de baisse rapide de la fécondité dans un pays pauvre, les changements dans les structures d'activité, l'ouverture des populations aux informations extérieures, la monétarisation de l'économie rurale ont facilité l'acceptation des programmes de population et des services de planification familiale, avec un effet égal chez les pauvres et chez les moins démunis, chez les personnes éduquées et chez les illettrés (Cleland *et al.*, 1994). De plus, les facteurs qui contribuent à l'amélioration du bien-être de la femme contribuent également à la baisse de la demande d'enfants (Kabir *et al.*, 1994). Il a également été démontré que l'augmentation de l'éducation paternelle et maternelle, la hausse des revenus des ménages et la baisse de la valeur économique des enfants ont été des facteurs importants de la baisse de la fécondité dans les milieux urbains d'Éthiopie (Tadesse et Asefa, 2002). Le rôle des crises agricoles et des crises économiques dans l'augmentation du coût des enfants et l'affaiblissement des bénéfices qui peuvent en être attendus a été mis en évidence dans les populations du Sud-Ouest ivoirien avec leurs conséquences en matière de baisse de la fécondité (Vimard et Adjamagbo, 2005).

La demande d'enfants en Afrique subsaharienne

Comment apprécier la demande d'enfants ? La demande d'enfants est une notion extrêmement complexe qui peut être exprimée à différents niveaux : par la société, la famille, le couple et l'individu, et dont l'expression variera en fonction du moment du cycle de la vie reproductive et de la vie familiale auquel se situent l'individu, le couple et la famille.

Les indicateurs

Pour apporter des éléments de réponse à l'échelle de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, nous sommes obligés de nous en tenir aux opinions et attitudes exprimées sur les préférences en matière de fécondité lors des enquêtes démographiques et de santé (EDS), aussi imparfaites et approximatives soient-elles. Ces données ont en effet des limites. D'une part, elles supposent que les femmes conceptualisent la variable « nombre d'enfants » comme une donnée sur laquelle elles peuvent avoir un avis et une certaine maîtrise qui leur soient propres et qui ne relèvent pas de Dieu, de la société, de la famille, ou de leur mari. Sur ce plan, on peut considérer que les choses ont bien changé depuis le temps où les nombreuses réponses « autant que Dieu me donnera » correspondaient à une situation où la famille nombreuse était la norme et où la variable « nombre d'enfants désirés » n'était pas réellement conceptualisée par les femmes. La baisse des réponses non numériques aux questions des enquêtes démographiques comme les entretiens individuels sur ce sujet montrent bien que la taille de leur descendance est souvent appréhendée par les femmes comme une donnée sur laquelle elles peuvent avoir un avis et une certaine possibilité de choix, et ceci dans tous les milieux sociaux.

Ces données EDS ont une autre limite car elles sont collectées auprès de femmes, ou d'hommes, situés à différentes étapes de leur vie féconde. Pour les plus jeunes, les réponses correspondent ou se réfèrent davantage à un idéal qui peut être instable sans être réellement prédictif, alors que pour les plus âgées les réponses sont fortement influencées par leur fécondité effective, avec une tendance à faire correspondre *a posteriori* le désir avec la réalité.

Aussi ne faut-il pas prendre ces variables pour ce qu'elles ne sont pas. Il ne s'agit pas de la prédiction du nombre d'enfants qu'aura une femme au cours de sa vie féconde, mais de sa préférence à un moment donné, dans le contexte particulier qui est le sien au moment de l'enquête. Il va de soi que cette préférence évoluera au cours de sa vie, en fonction d'événements matrimoniaux, professionnels et génésiques principale-

ment. Ce qui veut dire que la demande d'enfants représente un désir d'enfants en construction permanente. Il va de soi également que les aléas d'un contrôle imparfait de la fécondité contribueront à ce que le nombre d'enfants qu'aura une femme ne correspondra pas exactement à sa demande initiale. Ces variables représentent donc une demande du moment qui va conditionner les comportements de procréation et de contrôle de celle-ci, et elles doivent être considérées ainsi.

Quelles que soient leurs difficultés d'interprétation, les variables correspondant à la demande d'enfants sont susceptibles de nous fournir des indications sur les attentes des individus en matière de descendance et sur les différences entre pays et entre catégories. Dans ce chapitre, nous porterons l'attention, en gardant présentes à l'esprit les réserves formulées plus haut, sur trois indicateurs exprimant ces préférences en matière de fécondité : le désir d'avoir un enfant dans les deux ans qui suivent l'enquête, le nombre idéal d'enfants souhaités, l'indice synthétique de fécondité désirée. Examinons successivement ces trois indicateurs.

Les EDS interrogent les femmes sur leur désir d'avoir un enfant supplémentaire ; les réponses peuvent être : « veut un enfant dans les deux ans suivant l'enquête ; veut un enfant plus tard ; veut un enfant mais ne sais pas quand ; est indécise ; ne veut plus d'enfant ; stérilisée ; stérile ; non déterminée ». Dans cette étude, nous avons retenu comme indicateur le fait de vouloir un enfant dans les deux ans qui suivent l'enquête, qui indique une volonté immédiate d'avoir un enfant.

L'indicateur du nombre idéal d'enfants désirés est une donnée difficile à obtenir puisqu'il concerne une question hypothétique qui devrait recevoir une réponse indépendamment de la taille de la descendance au moment de l'enquête. Mais il représente à notre sens le meilleur indicateur de la demande d'enfants saisi à l'échelle individuelle, tout en gardant présent à l'esprit son défaut de pouvoir représenter en partie une rationalisation *a posteriori* et le fait que les résultats obtenus sont plutôt sous-estimés puisque les non-réponses proviennent surtout des femmes qui désirent une descendance élevée (Bongaarts, 2006).

L'indice synthétique de fécondité désirée représente le niveau de la fécondité si toutes les naissances non désirées par les femmes avaient pu être évitées. Il correspond à une question qui permet de savoir si les naissances survenues durant les cinq dernières années précédant l'enquête étaient voulues ou non. Cet indicateur n'est pas tout à fait égal à la fécondité désirée puisque, s'il nous renseigne sur les naissances effectives souhaitées, il ne nous dit rien sur les naissances que les femmes auraient voulu avoir durant ces cinq dernières années mais qu'elles n'ont pu avoir pour différentes raisons : stérilité définitive ou temporaire, absence du mari, etc. Même si l'on peut estimer que ce dernier nombre est faible, il ne peut être totalement négligé, surtout dans les pays encore touchés par

une infécondité (Locoh, 1995). Par différence avec l'ISF observé, il nous indique alors le nombre de naissances qui n'étaient pas souhaitées par les femmes et nous renseigne ainsi sur l'échec du contrôle de la fécondité, sur les enfants qui ne correspondent pas à une demande des femmes en quelque sorte. Parmi toutes les naissances effectives, cet indicateur associé à l'ISF observé permet donc de faire la part entre les naissances qui répondent à une demande effective et celles qui n'y répondent pas, tout en gardant présent à l'esprit qu'il peut y avoir un effet de reconstruction du passé par les femmes et qu'elles peuvent déclarer comme souhaités des enfants qui ne l'étaient pas au départ.

Sans accorder à ces indicateurs une valeur de prédiction définitive ou liée aux attitudes dans le domaine de la reproduction, il faut considérer qu'ils nous fournissent une photographie à un moment donné de la demande individuelle des femmes et des hommes en matière de fécondité : demande qui évolue en fonction des événements matrimoniaux et génésiques que subit la femme, des interactions sociales auxquelles elle est confrontée dans son espace de vie qui lui-même peut se modifier (changement de lieu de résidence, mobilité entre ménages, etc.) et de ses caractéristiques propres qui évoluent (niveau d'éducation, activité et statut professionnel). Dans cette étude, nous analyserons tout d'abord les attitudes des femmes avant d'aborder celles des hommes.

La demande d'enfants des femmes

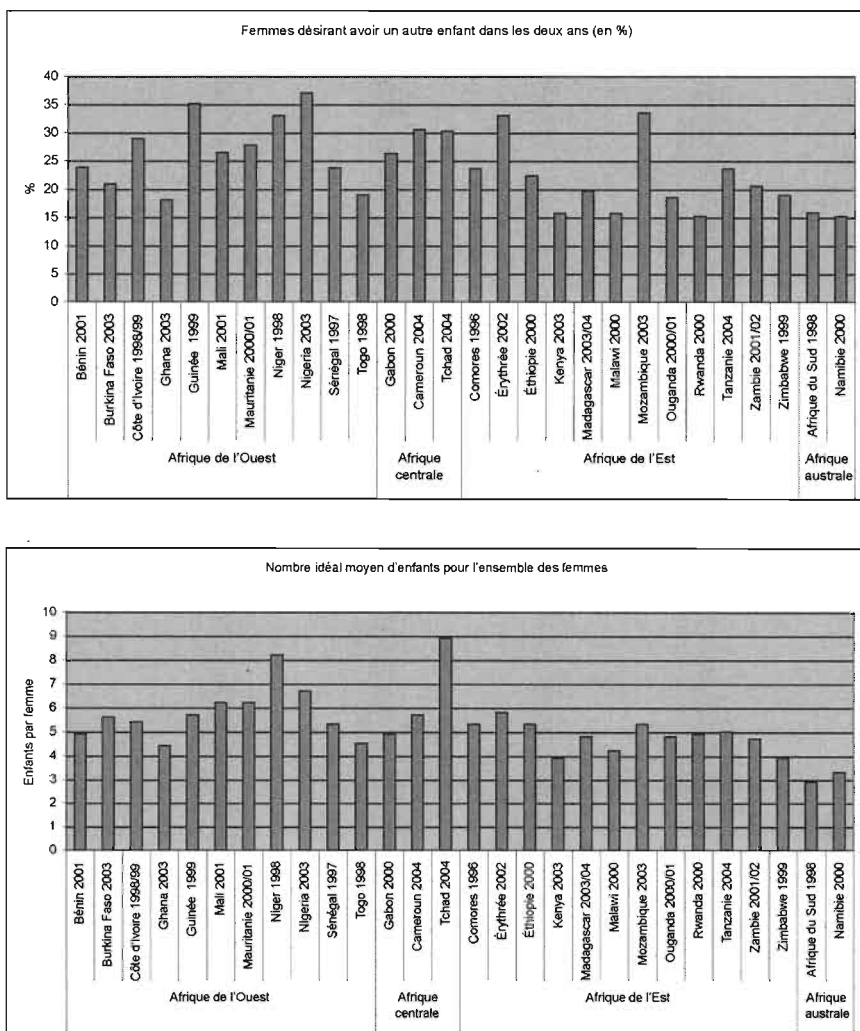
Pour les différents indicateurs choisis, nous pouvons disposer de données pour les pays qui ont réalisé au moins une EDS. Nous nous limiterons dans cette partie à ceux dont la dernière enquête est postérieure à 1995, soit 28 pays d'Afrique subsaharienne, en examinant l'enquête la plus récente dont les résultats sont disponibles.

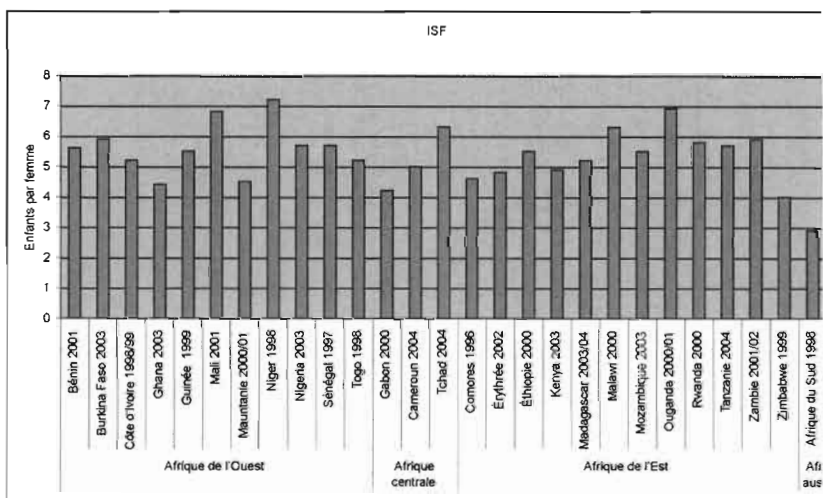
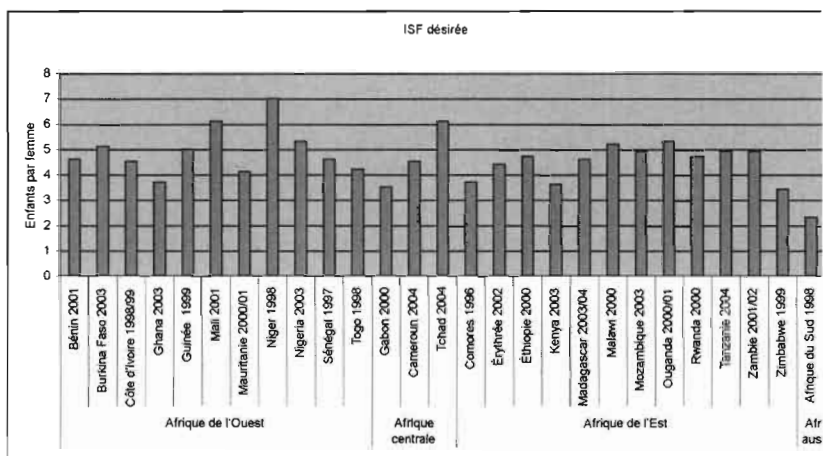
Le désir immédiat d'enfants

Le désir des femmes d'avoir un enfant dans les deux ans qui suivent l'enquête est bien représenté tout en étant très variable selon les pays, de 15 % à 37 % (figure 1). Ce souhait peut concerner ainsi plus d'une femme sur trois dans certains pays (Érythrée, Guinée, Mozambique, Niger, Nigeria) et moins d'une femme sur six dans d'autres (Afrique du Sud, Kenya, Malawi, Namibie, Rwanda). Plus globalement, il est le fait de plus de 30 % de femmes dans 7 pays, de 20 % à 29 % dans 11 pays et il est compris entre 15 % et 19 % dans 10 pays. Cet indicateur n'est pas corrélé à l'ISF (R^2 de 0,0651), mais il est en revanche relativement bien corrélé au nombre moyen

idéal d'enfants souhaités par les femmes (R^2 de 0,5426). Ce désir immédiat d'enfants varie selon l'âge de la femme et la parité, même s'il n'est pas nul en fin de vie féconde (45-49 ans) et pour les femmes ayant 6 enfants et plus.

Figure 1. Indicateurs de la demande d'enfants par pays





Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), <http://www.measuredhs.com/statcompiler>, 21 août 2006.

Le nombre idéal d'enfants désirés

Si le nombre idéal d'enfants désirés varie énormément entre les pays du sous-continent, de 8,9 enfants par femme au Tchad à 2,9 en Afrique du Sud, il demeure élevé dans la majorité des pays. Pour plus de la moitié des pays (15 pays sur 28), ce nombre est égal ou supérieur à 5 enfants (figure 1). Il atteint les niveaux les plus élevés au Tchad et au Niger, où il est supérieur à 8 enfants, et au Nigeria, en Mauritanie et au Mali où il est supérieur à 6 enfants. Ce nombre est encore supérieur à 4 enfants dans 9 pays. Il est inférieur à 4 enfants dans 4 pays seulement : au Kenya et au Zimbabwe (3,9), en Namibie (3,3) et en Afrique du Sud (2,9).

Le nombre idéal d'enfants désirés diminue en milieu urbain et avec l'instruction (tableau 1). En moyenne (non pondérée de la population des pays), sur l'ensemble des pays de notre échantillon, le nombre moyen d'enfants désirés est de 1,2 enfant plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural (tableau annexe 1). Cet écart est inférieur à 1 enfant dans 5 pays seulement : Comores (-0,6 enfant), Kenya, Malawi, Rwanda, Afrique du Sud (-0,7 enfant). Il est maximum au Niger (-2,4 enfants) ainsi qu'au Cameroun et en Mauritanie (-1,8 enfant) où les attentes des femmes en matière de descendance sont nettement plus faibles qu'en milieu rural.

Toujours en moyenne (non pondérée de la population des pays), sur l'ensemble des pays de notre échantillon, l'écart est plus important entre les femmes qui ont reçu une éducation primaire et les femmes non scolarisées (-1,3 enfant) qu'entre les femmes qui ont suivi un enseignement secondaire ou supérieur et les femmes qui ont reçu une éducation primaire (-1,0 enfant). L'écart entre le nombre idéal moyen d'enfants désirés des femmes qui ont suivi une éducation secondaire ou supérieure et celui des femmes non scolarisées est inférieur à 2 enfants dans 8 pays seulement : Afrique du Sud, Comores, Ghana, Malawi, Namibie, Rwanda, Sénégal, Zambie ; et il est supérieur à 3 enfants dans 5 pays : Cameroun, Kenya, Nigeria, Rwanda, Tchad.

On pourrait penser qu'avec la baisse de la fécondité on observerait une certaine homogénéité des attitudes en matière de taille idéale de la descendance entre les milieux de résidence et les niveaux d'instruction. En fait il n'en est rien : la corrélation entre l'ISF et la différence de nombre idéal d'enfants est faible si l'on considère cette différence selon le milieu de résidence (R^2 de 0,2095) et plus encore si l'on considère cette différence selon l'instruction (R^2 de 0,0569). Les idéaux démographiques peuvent varier fortement entre catégories de population, y compris dans un pays où la fécondité est faible, dans la mesure où la transition de la fécondité n'en est pas encore à son stade ultime et qu'elle s'articule à une certaine hétérogénéité des groupes de population quant à leur reproduction et à leurs attentes en ce domaine.

L'indice synthétique de fécondité désirée

L'indice synthétique de fécondité désirée varie également beaucoup entre les pays du sous-continent : de 7 enfants par femme au Niger à 2,3 en Afrique du Sud, seul pays où cet indicateur est inférieur à 3 enfants. Il est supérieur à 6 enfants dans seulement 3 pays : au Niger, au Mali et au Tchad (6,1 enfants par femme). Il est compris entre 5 et 5,9 enfants par femme dans 5 pays, entre 4 et 4,9 enfants par femme dans 13 pays et entre 3 et 3,9 enfants par femme dans 6 pays (figure 1). Comme l'indice synthétique de fécondité, l'indice synthétique de fécondité désirée diminue en milieu urbain et avec l'augmentation de l'instruction.

Tableau 1. Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction par pays

Pays	Milieu de résidence		Niveau d'éducation			Total
	Urbain	Rural	Non scolarisé	Primaire	Secondaire ou supérieur	
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
Bénin 2001	4,3	5,3	5,5	4,3	3,4	4,9
Burkina Faso 2003	4,2	5,9	5,9	4,6	3,6	5,6
Côte d'Ivoire 1998/99	4,6	5,9	6	4,9	3,9	5,4
Ghana 2003	3,9	4,9	5,7	4,3	3,8	4,4
Guinée 1999	4,8	6,1	6	4,6	4,2	5,7
Mali 2001	5,2	6,8	6,6	5,8	4,4	6,2
Mauritanie 2000/01	5,2	7	7,2	5,2	4,6	6,2
Niger 1998	6,3	8,7	8,6	6,8	5,2	8,2
Nigeria 2003	6	7	8,3	6,6	5,1	6,7
Sénégal 1997	4,5	6	5,8	4,6	4	5,3
Togo 1998	3,7	5	5,3	4,1	3,3	4,5
<i>Afrique centrale</i>						
Cameroun 2004	4,9	6,7	8,2	5,8	4,4	5,7
Gabon 2000	4,7	5,7	5,7	5,4	4,5	4,9
Tchad 2004	7,7	9,2	9,4	7,7	6	8,9
<i>Afrique de l'Est</i>						
Comores 1996	4,9	5,5	5,8	5	4,5	5,3
Érythrée 2002	5	6,4	6,7	5,3	4,5	5,8
Éthiopie 2000	4,1	5,6	5,7	4,4	3,5	5,3
Kenya 2003	3,4	4,1	6,7	3,8	3,1	3,9
Madagascar 2003/04	3,9	5,1	6,3	4,9	3,5	4,8
Malawi 2000	3,6	4,3	4,8	4,1	3,2	4,2
Mozambique 2003	4,6	5,7	5,9	5	3,4	5,3
Ouganda 2000/01	3,8	5,1	5,9	4,8	3,8	4,8
Rwanda 2000	4,3	5	5,2	4,9	4,1	4,9
Tanzanie 2004	4	5,4	6,2	4,8	3,6	5
Zambie 2001/02	4	5,2	5,7	5	3,8	4,7
Zimbabwe 1999	3,2	4,4	5,7	4,6	3,3	3,9
<i>Afrique australe</i>						
Afrique du Sud 1998	2,6	3,3	4,3	3,3	2,6	2,9
Namibie 2000	2,9	3,7	4,6	3,9	2,8	3,3

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro (2006), MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measu-redhs.com>, 21 août 2006.

La demande d'enfants des jeunes générations féminines

Au-delà des données d'ensemble, toutes générations confondues, il est intéressant de considérer la demande d'enfants des femmes les plus jeunes (tableau 2). Celles-ci, n'ayant pas ou peu d'enfants, expriment une demande représentant une préférence à l'état pur, libre de tout effet de reconstruction *a posteriori* des désirs de fécondité en fonction de la descendance effective, qui peut être exprimé par des femmes plus âgées. En outre, il s'agit ici de la demande qui aura le plus d'effet sur la fécondité future des différentes populations africaines, puisque ces femmes sont au début de leur vie reproductive qui se poursuivra dans les deux ou trois prochaines décennies.

Tableau 2. Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des jeunes femmes selon l'âge et le pays

Pays	15-19 ans	20-24 ans	Ensemble	Écart 15 à 19 ans - ensemble	Écart 20 à 24 ans - ensemble
<i>Afrique de l'Ouest</i>					
Bénin 2001	4,5	4,6	4,9	-0,4	-0,3
Burkina Faso 2003	5,1	5,2	5,6	-0,5	-0,4
Côte d'Ivoire 1998/99	4,5	4,6	5,4	-0,9	-0,8
Ghana 2003	3,8	3,8	4,4	-0,6	-0,6
Guinée 1999	4,9	5,1	5,7	-0,8	-0,6
Mali 2001	5,6	5,8	6,2	-0,6	-0,4
Mauritanie 2000/01	5,1	5,5	6,2	-1,1	-0,7
Niger 1998	7,3	7,7	8,2	-0,9	-0,5
Nigeria 2003	5,8	6,2	6,7	-0,9	-0,5
Sénégal 1997	4,8	5	5,3	-0,5	-0,3
Togo 1998	3,8	4	4,5	-0,7	-0,5
<i>Afrique centrale</i>					
Cameroon 2004	4,9	5,1	5,7	-0,8	-0,6
Gabon 2000	4	4,4	4,9	-0,9	-0,5
Tchad 2004	7,8	8,4	8,9	-1,1	-0,5
<i>Afrique de l'Est</i>					
Comores 1996	4,8	4,9	5,3	-0,5	-0,4
Érythrée 2002	4,8	5,3	5,8	-1	-0,5
Éthiopie 2000	4,2	4,9	5,3	-1,1	-0,4
Kenya 2003	3,6	3,4	3,9	-0,3	-0,5
Madagascar 2003/04	4,3	4,4	4,8	-0,5	-0,4
Malawi 2000	3,4	3,7	4,2	-0,8	-0,5
Mozambique 2003	4,1	4,6	5,3	-1,2	-0,7
Ouganda 2000/01	4,1	4,3	4,8	-0,7	-0,5
Rwanda 2000	5,1	4,7	4,9	0,2	-0,2
Tanzanie 2004	4,3	4,5	5	-0,7	-0,5
Zambie 2001/02	4	4,2	4,7	-0,7	-0,5
Zimbabwe 1999	3,2	3,3	3,9	-0,7	-0,6
<i>Afrique australe</i>					
Afrique du Sud 1998	2,2	2,4	2,9	-0,7	-0,5
Namibie 2000	2,4	2,7	3,3	-0,9	-0,6

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro (2006), MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measu-redhs.com>, 29 septembre 2006.

Si nous portons notre attention sur les femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans, nous constatons que leur demande d'enfants est inférieure à la demande moyenne exprimée tous âges confondus, sans que la différence soit très importante, la descendance moyenne souhaitée des jeunes générations dépassant encore 4,5 enfants. Ainsi, en moyenne non pondérée des populations des pays, le nombre d'enfants souhaités est de 4,5 enfants pour les femmes de 15-19 ans, de 4,7 enfants pour celles de 20-24 ans, contre 5,2 enfants pour l'ensemble des femmes. Dans la grande majorité des pays considérés, le nombre idéal d'enfants souhaités par les jeunes femmes de 15-19 ans est inférieur à la moyenne nationale d'au moins 0,5 enfant et la différence peut atteindre 1 enfant ou plus en Éthiopie, en Érythrée, en Mauritanie, au Mozambique et au Tchad. Quant à la différence du nombre idéal d'enfants souhaités par les jeunes femmes de 20-24 ans avec la moyenne nationale, elle est plus faible et plus homogène : entre 0,2 et 0,7 enfant par femme.

Nous pouvons ainsi considérer que la demande des jeunes générations ne marque pas de rupture, bien qu'étant inférieure à celle exprimée par les générations plus âgées. L'écart entre le souhait des jeunes femmes et celui de l'ensemble de la population féminine en âge de procréation est cependant sensiblement plus important en milieu rural qu'en ville : -0,8 *versus* -0,5 pour les femmes de 15-19 ans, et -0,5 *versus* -0,4 pour celles de 20-24 ans (voir tableau annexe 2). En outre, l'écart entre les milieux de résidence est plus faible pour les jeunes générations que pour l'ensemble des femmes. Ceci pourrait être le signe d'un début d'homogénéisation des idéaux de fécondité à l'intérieur du monde urbain et entre monde rural et monde urbain, sans que nous puissions préjuger qu'il s'agit là d'un préalable à une réelle homogénéisation des comportements.

La demande d'enfants des hommes

Dans les couples africains, le pouvoir de négociation et de décision des femmes en matière de procréation est traditionnellement assez faible et celles-ci doivent se soumettre en grande partie aux désirs de leur conjoint, qui décide du nombre d'enfants, et aux attentes de la famille élargie et du lignage, qui souhaitent garantir leur pérennité. L'influence du lignage sur les idéaux individuels de fécondité s'est considérablement affaiblie en ville, dans les zones rurales où l'économie est monétarisée et lorsque les femmes acquièrent une certaine instruction, synonyme, le plus souvent, d'une certaine autonomie et liberté de penser et d'action qui leur permet d'avoir leur propre jugement en matière de fécondité. Par contre, la soumission des femmes aux désirs de leur mari prédomine encore dans certains milieux ruraux et dans des couches non éduquées de la population.

Quels que soient la situation et le type de négociation qui prévalent au sein des couples, les hommes conservent un fort pouvoir de décision en matière de procréation (Andro et Hertrich, 2001), et il est utile d'évaluer leurs attentes en la matière. Les résultats à l'échelle nationale de 26 pays d'Afrique subsaharienne montrent une grande diversité (tableau 3). Depuis les pays où le nombre idéal moyen d'enfants désirés dépasse 10 enfants – Tchad (12,0) et Niger (10,8) –, jusqu'aux pays où ce nombre est seulement de 4 enfants – Ghana, Kenya, Malawi, Namibie, Rwanda et Zimbabwe. Entre ces extrêmes, on trouve 1 pays où le nombre moyen est de 8,6 enfants, 5 pays où il est compris entre 7 et 7,9 enfants, 5 pays également où il est compris entre 6 et 6,9 enfants et 7 pays où il est compris entre 5 et 5,9 enfants, une grande diversité et une dispersion assez équilibrée par conséquent. Le désir des hommes d'avoir un nombre réduit d'enfants semble prédominer dans les pays où la fécondité est faible, et l'inverse est également vrai : les hommes expriment le désir d'un nombre élevé d'enfants dans les pays où la fécondité est forte. Pourtant, la corrélation de l'indice synthétique de fécondité avec le nombre idéal d'enfants pour les hommes est assez faible, et plus faible que ce qu'il en est avec le nombre idéal d'enfants des femmes ($R^2 = 0,277$, contre $R^2 = 0,351$). D'ailleurs dans 20 pays sur 26, le nombre idéal d'enfants que souhaitent avoir les hommes est supérieur à la fécondité du moment, ce qui est une différence sensible par rapport aux femmes, pour lesquelles le rapport est plutôt inverse³.

Comme pour les femmes, le nombre d'enfants désirés par les hommes est plus faible en milieu urbain et dans les milieux instruits ; cette différence est forte dans les pays où la fécondité est encore élevée et beaucoup plus faible lorsque la transition de la fécondité est avancée (tableau 3).

Sauf au Rwanda où la différence d'idéal est de 0,1 enfant plus élevé chez les femmes, les hommes désirent, en moyenne, plus d'enfants que les femmes, avec une moyenne de 1,1 enfant de plus. Certains pays se caractérisent par une différence très importante : le Tchad (3,1), le Niger et le Sénégal (2,6) ; ce sont des pays où le nombre idéal déclaré par les hommes est important. D'autres pays se distinguent par une forte proximité d'idéal entre hommes et femmes : le Zimbabwe (0,2), la Tanzanie (0,3) et le Kenya (0,4).

3. Il s'agit là de la fécondité féminine du moment : la comparaison avancée ici est donc un peu biaisée. Mais nous n'avons pas d'information sur la fécondité masculine pour offrir plus de précision.

Tableau 3. Nombre idéal moyen d'enfants désirés pour l'ensemble des hommes selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction par pays

Pays	Milieu de résidence		Niveau d'éducation			Total	
	Urbain	Rural	Non scolarisé	Primaire	Secondaire ou supérieur	Hommes	Femmes
<i>Afrique de l'Ouest</i>							
Bénin 2001	5,2	7,6	8,9	6,0	4,3	6,6	4,9
Burkina Faso 2003	4,1	7,1	7,3	6,3	3,8	6,3	5,6
Côte d'Ivoire 1998/99	4,7	7,4	8,3	5,3	4,6	6,2	5,4
Ghana 2003	4,1	5,5	7,8	4,6	3,8	4,8	4,4
Guinée 1999	5,1	8,2	8,6	5,8	4,9	7,1	5,7
Mali 2001	5,9	8,7	8,8	7,1	5,0	7,7	6,2
Mauritanie 2000/01	6,5	8,9	9,2	7,0	6,4	7,6	6,2
Niger 1998	7,2	12,0	12,5	8,3	6,4	10,8	8,2
Nigeria 2003	6,6	9,8	14,4	9,0	6,8	8,6	6,7
Sénégal 1997	5,9	9,8	10,2	6,3	4,9	7,9	5,3
Togo 1998	3,9	5,9	7,7	5,2	4,0	5,2	4,5
<i>Afrique centrale</i>							
Cameroon 1998	5,8	8,1	13,2	7,5	5,5	7,2	6,0
Gabon 2000	-	-	-	-	-	5,8	4,9
Tchad 2004	9,5	12,9	14,7	10,4	8,4	12,0	8,9
<i>Afrique de l'Est</i>							
Comores 1996	5,2	5,9	6,7	5,5	4,7	5,7	5,3
Érythrée 2002	-	-	-	-	-	-	5,8
Éthiopie 2000	-	-	-	-	-	6,4	5,3
Kenya 2003	4,0	4,5	9,4	4,3	3,5	4,3	3,9
Madagascar 2003/04	4,4	5,8	8,3	5,7	3,7	5,4	4,8
Malawi 2000	-	-	-	-	-	4,8	4,2
Mozambique 2003	4,9	7,0	7,0	6,4	4,2	6,1	5,3
Ouganda 2000/01	4,4	5,9	7,2	5,8	4,8	5,6	4,8
Rwanda 2000	4,3	5,0	5,0	4,9	4,2	4,8	4,9
Tanzanie 2004	3,9	5,8	7,9	5,3	3,8	5,3	5
Zambie 2001/02	4,4	5,9	6,0	5,9	4,5	5,3	4,7
Zimbabwe 1999	3,5	4,5	6,3	4,8	3,6	4,1	3,9
<i>Afrique australe</i>							
Afrique du Sud 1998	-	-	-	-	-	-	2,9
Namibie 2000	4,0	4,6	6,1	4,5	3,5	4,3	3,3

Source : Rapport de l'enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Cameroun 1998 et Malawi 2000).

Évolution de la demande d'enfants

Nous allons examiner dans cette partie l'évolution de la demande d'enfants, exprimée par le nombre idéal d'enfants souhaités par les femmes et par l'indice synthétique de fécondité désirée. Nous mènerons l'analyse à partir des résultats des 22 pays qui disposent d'au moins deux enquêtes démographiques et de santé, en prenant pour chacun de ces pays, les enquêtes, dont les résultats sont disponibles, qui permettent l'observation de la période la plus longue.

Évolution du nombre idéal d'enfants désirés

Le nombre idéal d'enfants désirés augmente dans seulement 3 pays depuis la fin des années 1980 : Nigeria, Rwanda et Tchad, et il est stable au Niger (tableau annexe 3). Dans les 18 autres pays, le nombre idéal diminue. Si l'on examine ce que serait l'évolution, estimée durant la période d'observation, sur une période de 10 ans, on constate, en exceptant les pays où le nombre idéal d'enfants est stable ou en augmentation, que :

- la baisse est très faible, de 0,2 à 0,3 enfant dans 3 pays : Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Érythrée ;
- la baisse est comprise entre 0,4 et 0,9 enfant dans 8 pays : Cameroun, Ghana, Kenya, Madagascar, Mali, Tanzanie, Togo et Zimbabwe ;
- la baisse est égale ou supérieure à 1 enfant dans 7 pays : Bénin, Malawi, Mozambique, Namibie (où elle dépasse 2 enfants), Ouganda, Sénégal et Zambie.

Sur une période d'une dizaine d'années, on peut estimer que la demande d'enfants – exprimée par le nombre idéal d'enfants souhaités par les femmes – baisse très faiblement ou même augmente dans le tiers de notre échantillon, diminue sensiblement, tout en étant inférieure à 1 enfant, dans un autre tiers et diminue plus nettement (d'un enfant ou plus) dans le tiers restant.

Si l'on raisonne en proportion, la diminution atteint des niveaux qui sont importants dans un nombre notable de pays. Estimée sur une dizaine d'années, la baisse du nombre idéal d'enfants souhaités atteint 43 % en Namibie, soit une diminution de près de la moitié, et elle est d'environ 20 % dans 7 pays : Bénin, Malawi, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Zambie et Zimbabwe. Cette diminution significative concerne des pays qui sont à des stades distincts de leur transition de la fécondité et qui se trouvaient, au début de la période d'observation, au tout début de la baisse de la demande d'enfants (Ouganda et Sénégal) ou, au contraire, dans une baisse déjà bien entamée (Zimbabwe et Malawi). Pour les autres pays, la baisse, lorsqu'elle existe, ne dépasse pas 15 %.

Évolution de l'indice synthétique de fécondité désirée

L'indice synthétique de fécondité désirée augmente, mais faiblement, dans seulement 4 pays : Côte d'Ivoire, Mozambique, Niger et Rwanda, et il est stable au Tchad (tableau annexe 4). Dans les 17 autres pays, cet indice diminue. Si l'on examine ce que serait l'évolution, estimée durant la période d'observation, sur une période de 10 ans, on constate, en exceptant les pays où l'indice synthétique de fécondité désirée est stable ou en augmentation, que :

- la baisse est comprise entre 0,4 et 0,9 enfant dans 13 pays, soit la majorité : Bénin, Cameroun, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Nigeria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe ;
- la baisse est supérieure à 1 enfant dans 4 pays : Burkina Faso, Érythrée, Ghana et Namibie.

Si l'on examine la baisse de cet indice en proportion, la diminution atteint des niveaux qui sont importants dans 1 pays sur 5. Calculée sur une dizaine d'années, la baisse de l'indice synthétique de fécondité désirée dépasse 20 % au Burkina Faso, au Ghana et au Zimbabwe, et 30 % en Namibie et en Érythrée. Dans une dizaine de pays, la baisse est comprise entre 10 et 19 %. Pour 2 pays, elle est d'environ 5 % et pour les autres, déjà signalés, on observe une stagnation ou une hausse de cet indicateur.

Les évolutions du nombre idéal d'enfants désirés et de l'indice synthétique de fécondité désirée sont généralement semblables pour un même pays, seule l'intensité de l'évolution peut différer. On relève tout spécialement que ces deux indicateurs augmentent au Rwanda, qu'ils sont stables ou qu'ils augmentent au Niger et au Tchad, et, qu'à l'inverse, en Namibie et au Zimbabwe, ils baissent fortement. Quelques pays se distinguent cependant par une contradiction : au Nigeria, le nombre idéal d'enfants désirés augmente mais l'indice synthétique de fécondité désirée diminue ; à l'inverse, en Côte d'Ivoire et au Mozambique, le nombre idéal d'enfants désirés diminue mais l'indice synthétique de fécondité désirée augmente.

Demande d'enfants et fécondité

Nous examinerons successivement la relation de l'indice synthétique de fécondité avec le nombre idéal d'enfants puis avec l'indice synthétique de fécondité désirée.

Demande d'enfants et fécondité du moment

Même si le nombre idéal d'enfants désirés n'a pas une forte corrélation avec l'ISF (R^2 de 0,3515), on constate que les pays où le nombre idéal d'enfants est le plus faible ont une fécondité du moment plutôt réduite, et qu'à l'inverse ceux où le nombre idéal d'enfants est le plus élevé ont une fécondité du moment plutôt élevée.

Si l'on admet que le nombre idéal d'enfants désirés représente la demande d'enfants exprimée au moment de l'enquête, de même que l'ISF constitue le niveau de la fécondité du moment, on observe que la demande d'enfants, au moment des enquêtes, est supérieure à la fécondité dans 8 pays, elle est égale ou pratiquement égale (différence inférieure à 0,3 enfant) à la fécondité dans 7 pays, et inférieure à la fécondité du moment dans 13 pays (tableau 4). On peut donc admettre que la demande d'enfants est plutôt inférieure à la fécondité en Afrique subsaharienne.

Si l'on considère les niveaux de la fécondité du moment dans chacun de ces groupes de pays, on constate qu'ils sont relativement divers et la fécondité du moment a tendance à être, en moyenne, légèrement plus élevée lorsqu'elle est supérieure à la demande d'enfants, ce qui est relativement normal⁴. La demande de fécondité peut être supérieure à la fécondité dans des pays qui sont bien engagés dans leur transition de la fécondité (le Gabon ou la Mauritanie par exemple) mais aussi dans des pays où elle n'est pas amorcée (comme le Niger). De même, la demande de fécondité est inférieure à la fécondité dans des pays qui sont nettement engagés dans leur transition de la fécondité (la Namibie ou le Kenya par exemple) et dans des pays où elle est très faiblement amorcée (comme le Mali ou l'Ouganda).

4. L'ISF moyen est de 5,7 pour les pays où le nombre idéal d'enfants est inférieur à la fécondité, de 5,3 lorsque ce nombre est supérieur à la fécondité et de 4,7 lorsqu'il existe une relative égalité (ceci en moyenne non pondérée de la population des pays).

Tableau 4. Relation entre le nombre idéal moyen d'enfants et l'ISF par pays

	Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes	ISF	Écart (nombre idéal moyen d'enfants - ISF)
<i>Nombre idéal moyen d'enfants supérieur à l'ISF : 8 pays</i>			
Cameroun 2004	5,7	5,0	0,7
Comores 1996	5,3	4,6	0,7
Érythrée 2002	5,8	4,8	1,0
Gabon 2000	4,9	4,2	0,7
Mauritanie 2000/01	6,2	4,5	1,7
Niger 1998	8,2	7,2	1,0
Nigeria 2003	6,7	5,7	1,0
Tchad 2004	8,9	6,3	2,6
<i>Nombre idéal moyen d'enfants égal à l'ISF : 7 pays</i>			
Afrique du Sud 1998	2,9	2,9	0
Côte d'Ivoire 1998/99	5,4	5,2	0,2
Éthiopie 2000	5,3	5,5	-0,2
Ghana 2003	4,4	4,4	0
Guinée 1999	5,7	5,5	0,2
Mozambique 2003	5,3	5,5	-0,2
Zimbabwe 1999	3,9	4,0	-0,1
<i>Nombre idéal moyen d'enfants inférieur à l'ISF : 13 pays</i>			
Bénin 2001	4,9	5,6	-0,7
Burkina Faso 2003	5,6	5,9	-0,3
Kenya 2003	3,9	4,9	-1
Madagascar 2003/04	4,8	5,2	-0,4
Malawi 2000	4,2	6,3	-2,1
Mali 2001	6,2	6,8	-0,6
Namibie 2000	3,3	4,2	-0,9
Ouganda 2000/01	4,8	6,9	-2,1
Rwanda 2000	4,9	5,8	-0,9
Sénégal 1997	5,3	5,7	-0,4
Tanzanie 2004	5,0	5,7	-0,7
Togo 1998	4,5	5,2	-0,7
Zambie 2001/02	4,7	5,9	-1,2

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro (2006), MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measu-redhs.com>, 21 août 2006.

Fécondité désirée, fécondité non désirée et fécondité observée

Pour ce qui concerne la fécondité désirée exprimée par l'ISF désirée, nous avons vu ce qu'il en est de la nature de cet indicateur et de son niveau dans les différents pays. L'intérêt de l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) est qu'il permet d'obtenir, par déduction de l'ISF, l'ISF non désirée (tableau 5). Cet indice synthétique de fécondité non désirée représente le nombre de naissances que les femmes ont eues et qu'elles ne souhaitaient pas, constituant ainsi un indicateur de la fécondité du moment non désirée et une estimation de l'échec du contrôle de la fécondité au moment de l'enquête. Pour les 28 pays étudiés, en moyenne non pondérée, l'ISF non désirée est égal à 0,75 enfant par femme pour un ISF de 5,33 enfants et un ISFD de 4,58 enfants ; la fécondité non désirée représente donc 14 % de la fécondité totale du moment et la fécondité désirée 86 %.

L'ISF non désirée atteint ou dépasse 1 enfant par femme dans 8 pays : Bénin, Kenya, Malawi, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Togo et Zambie (tableau 5). Ces pays sont d'appartenance régionale distincte et se situent à des niveaux de fécondité différents (de 4,9 à 6,9 enfants par femme). Ainsi au Kenya, sur les 4,9 enfants par femme, niveau de la fécondité du moment, le nombre d'enfants non désirés atteint 1,3 enfant, alors qu'en Ouganda ce nombre est de 1,6 enfant sur 6,9 enfants par femme. Pour 15 pays, cet indicateur est compris entre 0,5 et 0,9 enfant par femme. Et pour 5 pays seulement, l'indicateur est inférieur à 0,5 enfant par femme : Érythrée, Mauritanie, Niger, Nigeria et Tchad, pays qui se situent pourtant à des niveaux de fécondité variés, de 4,5 à 7,2 enfants par femme. La fécondité non désirée n'est donc pas corrélée à la fécondité du moment ($R^2 = 0,0216$) et un échec relativement fort du contrôle de la fécondité peut aussi bien caractériser des pays à forte fécondité (Ouganda, Malawi) que des pays à fécondité plus faible (Kenya, Togo). De même, ce qui peut apparaître comme un contrôle de la fécondité satisfaisant pour les femmes s'exprime aussi bien dans des pays à faible fécondité (Érythrée, Mauritanie) qu'au sein de pays à la fécondité plus élevée (Niger et Tchad).

En proportion de l'ISF, cette fécondité non désirée représente 20 % ou plus dans 4 pays : Afrique du Sud, Comores, Kenya, Ouganda ; elle représente moins de 10 % dans 6 pays : Érythrée, Guinée, Mauritanie, Niger, Nigeria et Tchad. Et pour les autres, la majorité, elle est comprise entre 10 et 19 %.

Tableau 5. ISF désirée, ISF non désirée et ISF par pays

Pays	ISF (enfants par femme) (1)	ISF désirée (enfants par femme) (2)	ISF non désirée (enfants par femme) (3 = 1-2)	ISF désirée (en proportion de l'ISF) (2/1)	ISF non désirée (en proportion de l'ISF) (3/1)
<i>Afrique de l'Ouest</i>					
Bénin 2001	5,6	4,6	1	0,82	0,18
Burkina Faso 2003	5,9	5,1	0,8	0,86	0,14
Côte d'Ivoire 1998/99	5,2	4,5	0,7	0,87	0,13
Ghana 2003	4,4	3,7	0,7	0,84	0,16
Guinée 1999	5,5	5	0,5	0,91	0,09
Mali 2001	6,8	6,1	0,7	0,90	0,10
Mauritanie 2000/01	4,5	4,1	0,4	0,91	0,09
Niger 1998	7,2	7	0,2	0,97	0,03
Nigeria 2003	5,7	5,3	0,4	0,93	0,07
Sénégal 1997	5,7	4,6	1,1	0,81	0,19
Togo 1998	5,2	4,2	1	0,81	0,19
<i>Afrique centrale</i>					
Cameroun 2004	5	4,5	0,5	0,90	0,10
Gabon 2000	4,2	3,5	0,7	0,83	0,17
Tchad 2004	6,3	6,1	0,2	0,97	0,03
<i>Afrique de l'Est</i>					
Comores 1996	4,6	3,7	0,9	0,80	0,20
Érythrée 2002	4,8	4,4	0,4	0,92	0,08
Éthiopie 2000	5,5	4,7	0,8	0,85	0,15
Kenya 2003	4,9	3,6	1,3	0,73	0,27
Madagascar 2003/04	5,2	4,6	0,6	0,88	0,12
Malawi 2000	6,3	5,2	1,1	0,83	0,17
Mozambique 2003	5,5	4,9	0,6	0,89	0,11
Ouganda 2000/01	6,9	5,3	1,6	0,77	0,23
Rwanda 2000	5,8	4,7	1,1	0,81	0,19
Tanzanie 2004	5,7	4,9	0,8	0,86	0,14
Zambie 2001/02	5,9	4,9	1	0,83	0,17
Zimbabwe 1999	4	3,4	0,6	0,85	0,15
<i>Afrique australe</i>					
Afrique du Sud 1998	2,9	2,3	0,6	0,79	0,21
Namibie 2000	4,2	3,4	0,8	0,81	0,19

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro (2006), MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measur-redhs.com>, 21 août 2006.

Demande d'enfants et fécondité : quelles évolutions ?

Évolution des différences entre l'indice synthétique de fécondité et le nombre idéal d'enfants désirés

L'évolution de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité (ISF) et le nombre idéal d'enfants désirés nous permet d'évaluer l'évolution de la différence entre la fécondité observée et la demande d'enfants. Il existe plusieurs niveaux de lecture de cette évolution. Le premier niveau concerne la distance entre la demande des femmes en matière de fécondité et la fécondité effective. Indépendamment du sens de cet écart, la diminution de celui-ci exprime un rapprochement de la fécondité des femmes avec leurs attentes en la matière. À l'inverse, une augmentation de cet écart traduit un décalage croissant entre ces attentes et la fécondité. Pour 2 pays seulement, la Côte d'Ivoire et le Sénégal, la grandeur de l'intervalle ne change pas sur la période observée. Pour 10 pays cet intervalle augmente et pour 11 pays il diminue, soit un partage égal (tableau annexe 5). On peut donc estimer que globalement, à l'échelle du sous-continent, il n'existe aucune tendance nette quant au rapprochement ou à l'éloignement des attentes des femmes vis-à-vis de leur fécondité.

Un second niveau de lecture intègre le sens de la différence entre l'indice synthétique de fécondité et le nombre idéal d'enfants désirés, sens qui varie selon les pays (voir *supra*) et parfois dans le temps pour un même pays. Ce niveau permet également d'apprécier si, dans une période de baisse de la fécondité, pour la majorité des pays et de manière plus ou moins sensible selon ceux-ci, cette baisse permet de rapprocher les attentes des femmes de la fécondité observée. Tout d'abord, on constate que lors de la première enquête comme de la seconde, pour 6 pays seulement, sur 22 au total, la demande d'enfants est supérieure à la fécondité du moment. Par conséquent, pour 2 pays sur 3 la fécondité est supérieure à la demande d'enfants.

Si l'on observe plus précisément les évolutions en la matière, on constate qu'elles sont diverses tout en mettant en évidence deux situations principales (tableau 6). Dans la première, la demande d'enfants est inférieure à la fécondité mais l'écart entre les deux indicateurs s'accroît, ce qui signifie que la demande d'enfants diminue plus vite que la fécondité du moment. Cette situation est celle de 7 pays : Bénin, Malawi, Mali, Namibie, Ouganda, Tanzanie et Zambie. Dans la deuxième situation, la demande est inférieure à la fécondité et la différence entre les deux indicateurs diminue, ce qui nous indique que la fécondité correspond mieux à la demande des femmes. Cette situation se rencontre dans 6 pays : Burkina Faso, Kenya, Madagascar, Rwanda, Togo, Zimbabwe. Les autres situations sont nettement plus marginales.

Tableau 6. Les tendances de la relation entre la demande de fécondité et la fécondité du moment

Évolution	Pays concernés
La demande est inférieure à la fécondité mais leur écart s'accroît = Malgré la baisse de la fécondité, la demande d'enfants diminue plus vite que la fécondité	Bénin, Malawi, Mali, Namibie, Ouganda, Tanzanie, Zambie
La demande est inférieure à la fécondité et la différence diminue = La baisse de la fécondité permet de réduire l'écart entre celle-ci et la demande des femmes	Burkina Faso, Kenya, Madagascar, Rwanda, Togo, Zimbabwe
Passage d'une demande inférieure à la fécondité à une demande supérieure à la fécondité = Avec la baisse de la fécondité, la demande lui devient supérieure	Érythrée, Nigeria
La demande est supérieure à la fécondité mais l'écart diminue = La fécondité se rapproche de la demande des femmes	Cameroun, Niger
La demande est supérieure à la fécondité et l'écart est stable = Les baisses de la demande et de la fécondité sont comparables	Côte d'Ivoire
La demande est supérieure à la fécondité et l'écart s'accroît = L'augmentation de la demande s'articule avec une petite baisse de la fécondité	Tchad
La demande est inférieure à la fécondité et la différence est stable = Les baisses de la demande et de la fécondité sont comparables	Ghana
Passage d'une demande supérieure à la fécondité à une demande inférieure à la fécondité = La demande d'enfants diminue plus vite que la fécondité (Sénégal) ou diminue alors que la fécondité augmente (Mozambique)	Mozambique, Sénégal

Évolution des différences entre l'indice synthétique de fécondité désirée et l'indice synthétique de fécondité

L'évolution de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et l'indice synthétique de fécondité (ISF) nous permet d'évaluer l'évolution du contrôle de la fécondité tel qu'il est perçu par les femmes elles-mêmes. La diminution de cet écart exprime un contrôle croissant des femmes sur leur fécondité, et à l'inverse l'augmentation de cet écart traduit un affaiblissement du contrôle de la fécondité.

Dans 3 pays (Bénin, Érythrée et Niger), l'écart n'évolue pas, dans 10 pays il régresse et dans 9 pays il augmente, soit un partage pratiquement égal à l'échelle de l'Afrique subsaharienne entre les pays où le contrôle de la fécondité semble progresser et ceux où il paraît s'affaiblir d'après les réponses des femmes (tableau annexe 6).

L'évolution de l'écart ISFD-ISF est relativement faiblement corrélée avec l'évolution de l'ISF lui-même ($R^2 = 0,2$), ce qui signifie que l'amélioration du contrôle de la fécondité exprimée par les femmes dans un pays donné est assez indépendante de l'intensité de la baisse de la fécondité elle-même.

Quelques pays peuvent être distingués à ce sujet. Nous avons ainsi des pays où le contrôle régresse alors que la fécondité diminue assez nettement, comme par exemple en Namibie, en Ouganda, au Sénégal et en Tanzanie, c'est-à-dire que dans ces pays, les attentes des femmes en matière de diminution de leur fécondité sont plus fortes que ce qu'elles réalisent en matière de baisse effective de leur fécondité. De manière inverse, au Kenya et au Rwanda, la diminution de la fécondité du moment s'accompagne d'une amélioration nette du contrôle de la fécondité exprimée par les femmes. Ainsi dans ces deux pays, durant la période d'observation (14 et 8 ans respectivement), le contrôle de la fécondité progresse nettement pour les femmes avec une réduction de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité et l'indice synthétique de fécondité désirée de 0,9 enfant par femme, ceci dans une phase de baisse plus ou moins accusée de la fécondité (-1,8 enfant par femme au Kenya, et -0,4 enfant par femme au Rwanda).

De la baisse de la demande d'enfants à la baisse de la fécondité

Nous avons noté une diminution de la demande d'enfants plus ou moins sensible dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne. Pour que cette diminution de la demande d'enfants se concrétise en baisse effective de la fécondité, une progression du contrôle de la fécondité, quel qu'en soit le moyen, est nécessaire, afin de permettre aux femmes et aux couples de réguler le nombre de leurs enfants comme ils le souhaitent. Or,

Tableau 7. Évolution de l'indice synthétique de fécondité, de la demande d'enfants et de la prévalence contraceptive au Kenya et au Sénégal

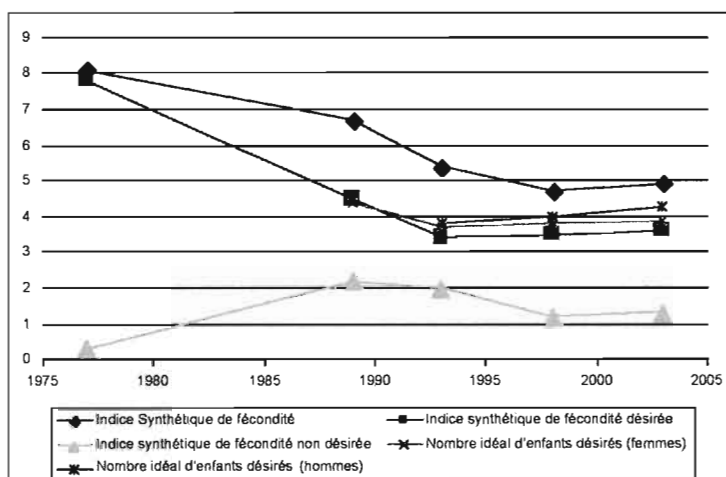
	Indice synthétique de fécondité	Indice synthétique de fécondité désirée	Indice synthétique de fécondité non désirée	Nombre idéal d'enfants désirés		Prévalence contraceptive, ensemble des femmes (en %)
				Ensemble des femmes	Ensemble des hommes	
Kenya						
1977/78	8,1	7,8	0,3	-	-	
1989	6,7	4,5	2,2	4,4		23,2
1993	5,4	3,4	2,0	3,7	3,8	25,9
1998	4,7	3,5	1,2	3,8	4,0	29,9
2003	4,9	3,6	1,3	3,9	4,3	29,5
Sénégal						
1978	7,1	6,9	0,2	-	-	-
1986	6,6	5,7	0,9	6,8		10,0
1992/93	6,0	5,1	0,9	5,9	10,4	7,1
1997	5,7	4,6	1,1	5,3	7,9	10,8
2005	5,3	4,5	0,8	5,4	7,2	8,7

Source : Rapports EDS et MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006.

l'évolution générale des attitudes et des comportements reproductifs s'accompagne le plus souvent d'un accroissement de la fécondité non désirée en début de transition, faute de contrôle suffisant, avant que cette fécondité non désirée ne s'affaiblisse dans un deuxième temps, dans le cadre d'une tendance en U inversé (Bongaarts, 2003).

Les transitions de la fécondité dans les pays d'Afrique subsaharienne ont bien sûr toutes leurs spécificités, mais le Kenya est représentatif d'une certaine forme d'évolution (tableau 7 et figure 2). Lorsque la fécondité est à son maximum, 8,1 enfants par femme à la fin des années 1970, la demande d'enfants est forte et la fécondité non désirée très faible (0,3 enfant) ; cela correspond à une offre d'enfants forte et en progression compte tenu des progrès sanitaires, notamment dans le domaine de la santé reproductive. La première phase de transition de la fécondité (fin des années 1980-début des années 1990) correspond à une baisse très nette de la demande d'enfants et aussi à une augmentation de la fécondité non désirée, faute de contrôle suffisant de la fécondité. La seconde phase de la transition (fin des années 1990-début des années 2000) correspond, elle, à une baisse nette de la fécondité non désirée, grâce à une amélioration du contrôle de la fécondité et notamment de la contraception, à un moment où la demande d'enfants se stabilise. Quant au Sénégal, autre transition particulière, il se situe encore dans une première étape de la transition, avec un décalage d'une dizaine d'années par rapport au Kenya. La baisse de la fécondité y est moins rapide que celle de la demande d'enfants et on a pu noter une augmentation de la fécondité non désirée du fait notamment d'une stagnation de la pratique contraceptive depuis 20 ans.

Figure 2. Évolution de l'indice synthétique de fécondité, des indices synthétiques de fécondité désirée et non désirée, et de la demande d'enfants au Kenya



Les facteurs de la demande d'une descendance nombreuse

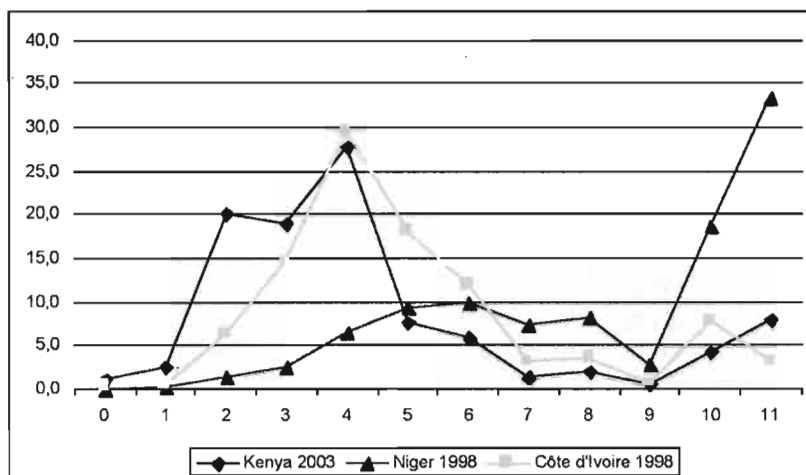
Deux dates et trois contextes socio-économiques différents permettent de retracer succinctement quelles peuvent être les évolutions du désir d'enfants dans les populations de l'Afrique subsaharienne. Le Niger est actuellement l'un des pays les plus prolifiques au monde. L'indice synthétique de fécondité y était de 7,2 enfants par femme en 1998, en conformité avec un désir d'enfants également élevé, se situant à 7 enfants en moyenne par femme à la même époque. La pauvreté du pays est attestée par une forte ruralité, un indice de pauvreté humaine (IPH) élevé, de 0,94 en 2002, qui place le pays au deuxième rang mondial en terme de pauvreté (PNUD, 2004), et un PIB par tête se situant à 230 \$ US en 2003, au 170^e rang mondial⁵. Pays également démuní, le Kenya connaît des difficultés économiques puisque le PIB par tête n'est que de 450 \$ US en 2003, au 145^e rang mondial. En revanche, les conditions sanitaires et sociales y sont relativement favorables puisque l'indice de pauvreté humaine, de 0,63 en 2002, situe le Kenya parmi les pays d'Afrique les mieux lotis en matière de développement humain, au 32^e rang mondial. La plus grande performance du pays réside cependant dans sa progression remarquable en matière de prévalence contraceptive. L'exemple du Kenya est cité depuis une vingtaine d'années comme un cas intéressant de baisse de la demande d'enfants et de la fécondité en Afrique au sud du Sahara. Quant à la Côte d'Ivoire, l'avancée économique toute relative qui se traduit par un PIB par tête de 820 \$ US, au 125^e rang mondial, contraste quelque peu avec les piètres performances au niveau du développement humain : l'IPH y est de 0,80, plaçant le pays au 17^e rang mondial des pays les moins avancés dans le domaine.

Le Niger est l'exemple typique des pays qui se situent dans la phase où la demande d'enfants est la plus élevée. Une femme en âge de procréer sur trois (33,5 %) y désire au moins 11 enfants et environ une femme sur cinq (18,8 %) en veut exactement 10 (figure 3 et tableau annexe 7). La Côte d'Ivoire et le Kenya présentent, en revanche, des courbes en cloche qui traduisent une certaine aversion pour les situations « extrêmes ». Les femmes désirent encore une descendance relativement nombreuse mais nettement en deçà des possibilités humaines. Cette attitude traduit dans le même temps une volonté affichée de contrôle des naissances. Au Kenya, la courbe de la demande d'enfants se décale vers la gauche par rapport à celle de la Côte d'Ivoire. Le désir d'enfants est donc moindre au Kenya.

5. Au Niger, comme dans la plupart des pays du monde, la valeur moyenne du PIB par tête masque de profondes inégalités en termes de contribution à la production nationale et de revenu.

Ainsi, le Niger se situe encore dans la phase où le souhait d'une descendance nombreuse est vivace. Le Kenya se retrouve en 2003 dans une phase où ce désir est largement atténué. Les projets de fécondité au-delà de 4 enfants y sont peu fréquents et le nombre idéal d'enfants par femme se situe entre 2 et 4. Quant à la Côte d'Ivoire, elle se trouve dans une position intermédiaire, plus proche cependant d'un idéal familial de taille réduite. Il faut noter que le Kenya et la Côte d'Ivoire présentaient le même profil que le Niger à la fin des années 1970 et au début des années 1980 respectivement.

Figure 3. Répartition des femmes selon le nombre idéal d'enfants désirés en 1998 au Niger et en Côte d'Ivoire, en 2003 au Kenya (en %)



Quelles peuvent être les raisons objectives et subjectives des changements intervenus dans ces deux pays et donc d'un amoindrissement du désir d'une famille nombreuse ? Elles sont certainement multiples et parfois personnelles. Cependant, elles se fondent sur les caractéristiques des femmes en âge de procréer, le contexte dans lequel elles vivent et les différentes contraintes du milieu social et économique. Pour tenter de les appréhender, nous nous proposons de construire un modèle logistique multinomial ordonné afin de déterminer les variables les plus contributives à une demande élevée d'enfants.

Remarquons tout d'abord la diversité des situations décrites précédemment (voir *supra* tableau 6). L'exemple des pays pour lesquels le désir d'enfants des femmes est inférieur à la fécondité réalisée et pour lesquels l'écart ISFD-ISF s'accroît suscite tout particulièrement des interrogations. C'est paradoxalement la situation la plus courante dans les

régions de l'Afrique subsaharienne. L'environnement a donc une importance toute particulière sur la réalisation effective des projets de fécondité exprimés par les femmes. En effet, quelques concepts importants impriment leurs marques à la démographie africaine : les attitudes généralement plus pronatalistes des hommes, leurs poids dans l'accès de la femme à la contraception (Evina, 2007 ; Fassassi, 2007 ; Fall, 2007 ; Congo, 2007 ; Attanasso *et al.*, 2007 ; Vignikin, 2007) et l'ensemble des forces de modernisation renforcé par les crises économiques persistantes (Vimard, 1993). Ainsi, dans le modèle, interviendront aussi bien les caractéristiques propres des femmes que celles relatives aux interactions dans le couple, et des variables contextuelles captant d'une certaine manière l'état de l'offre de moyens contraceptifs.

Le modèle ne vise pas à donner l'ensemble des facteurs explicatifs de la demande d'enfants. Son objet est plutôt de proposer des pistes de recherche en décrivant globalement les facteurs explicatifs qui se détachent avec les données fournies par les dernières EDS, au Niger, en Côte d'Ivoire et au Kenya, autrement dit, dans des pays qui se situent à différentes étapes de la transition des idéaux de fécondité. La nature qualitative, polytomique et ordonnée de la variable dépendante⁶, « le nombre idéal d'enfants pour une femme », requiert un modèle multinomial ordonné. Trois modalités ont été retenues : moins de 4 enfants, entre 5 et 6 enfants, et 7 enfants et plus. Nous pouvons distinguer trois catégories de facteurs : ceux qui sont significatifs dans l'ensemble des trois pays, ceux qui sont significatifs dans deux pays seulement et les déterminants qui ne sont spécifiques qu'à un seul pays (tableau annexe 8).

Dans la première catégorie de facteurs, on retrouve l'âge de la femme. Son odds ratio supérieur à l'unité indique que, dans les trois pays, le désir d'enfants augmente avec l'âge. En fait, les imperfections du désir d'enfants comme une approximation de la demande d'enfants sont probablement mises ici en exergue puisque les enfants déjà nés sont désirés même si certains ne le sont qu'*a posteriori*. C'est ce que traduit également le coefficient positif du nombre d'enfants nés vivants qui relève aussi de cette première catégorie de variables. En revanche, le niveau supérieur d'instruction de la femme apparaît comme un facteur limitant sa demande d'enfants. Cette baisse de la demande est d'autant plus forte que le niveau d'instruction est élevé. La disponibilité de points de prestation de services de planification familiale dans l'environnement de la femme peut être approchée par la connaissance que celle-ci a de tels

6. Cette variable possède parfois une modalité non numérique telle que « autant que Dieu me donne », qui exprime le plus souvent la volonté d'avoir une nombreuse descendance. Aussi les réponses non numériques et les réponses égales ou supérieures à 7 ont-elles été regroupées dans la modalité « 7 enfants et plus ».

points. Lorsqu'une femme déclare connaître une source de planification familiale, son désir d'enfants est relativement limité. On peut en déduire que la disponibilité des sources de planification familiale et les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) que cela suppose ont un effet positif sur la baisse de la demande d'enfants dans l'ensemble des trois pays.

La pauvreté humaine et les modèles culturels sont également d'importants facteurs mis en exergue par le modèle. Il convient de mieux cerner ces différents déterminants. Le fait de disposer d'un certain confort de vie, que traduit la présence de toilettes décentes dans les logements, est ressorti au Kenya et au Niger comme un facteur significatif du désir d'évolution des mentalités vers une famille de taille réduite. En Côte d'Ivoire et au Niger, la religion chrétienne est un élément contributif d'un moindre intérêt pour la famille élargie. Le milieu de résidence urbain (au Kenya et au Niger) et l'approbation de la pratique contraceptive par les conjoints des femmes ayant un partenaire (au Kenya et en Côte d'Ivoire) sont également apparus comme significatifs, marquant tout à la fois les empreintes des normes modernes et celles de l'emprise de l'homme sur les souhaits de procréation de la femme.

Au plan des facteurs qui n'interviennent prioritairement que dans un seul pays, on peut citer l'ethnie au Kenya et l'état matrimonial au Niger, où les femmes mariées expriment un moindre désir d'enfants, qui relèvent du troisième groupe de facteurs. La significativité des groupes ethniques montre le poids de la culture dans la volonté de procréation, mais les contacts entre les groupes amoindrissent cet effet culturel et « lissent » les comportements. En Côte d'Ivoire par exemple, ce processus est relativement bien avancé du fait d'importants brassages culturels dans le pays. Son effet s'est dès lors atténué, de même que d'autres variables auparavant pertinentes et dont on peut penser qu'elles ont progressivement perdu de leur importance sous l'effet de l'influence du contexte et d'autres facteurs.

Les domaines de recherche à développer

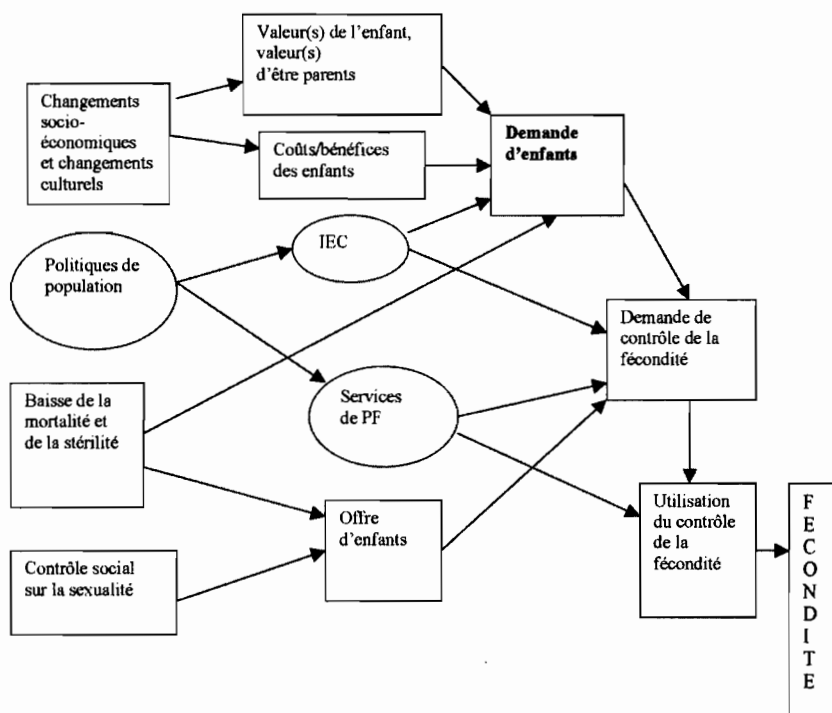
La connaissance que nous avons de la demande d'enfants est imparfaite, car elle repose sur des données quantitatives en partie biaisées qui correspondent à une approche très schématique de la question et sur des données qualitatives parcellaires dont les méthodologies de collecte (entretiens individuels, *focus group*) et de traitement sont assez incertaines. Cependant ces données, aussi défectueuses qu'elles puissent être,

montrent que des changements plus ou moins sensibles sont à l'œuvre dans beaucoup de populations, ce qui justifie l'intérêt de poursuivre les recherches sur cette question.

Une analyse pertinente de la demande d'enfants doit porter à la fois sur les facteurs de cette demande et sur le rôle qu'elle joue dans la détermination du niveau de la fécondité. Pour cela, nous proposons de nous baser sur un cadre global d'analyse de l'évolution de la fécondité. Notre cadre est fondé sur le schéma d'analyse utilisé par Bongaarts pour étudier les phénomènes récents d'arrêt des transitions de la fécondité dans quelques pays (Bongaarts, 2006). Nous avons développé ce modèle dans une perspective dynamique, d'une part en intégrant les politiques de population et leurs composantes, et d'autre part les campagnes d'IEC et les services de planification familiale, qui nous paraissent essentiels à considérer pour notre objet de recherche (figure 4).

Présentons sommairement notre schéma. Les changements socio-économiques modifient les coûts et les bénéfices des enfants, et le rapport coûts/bénéfices a tendance, le plus souvent, à augmenter, ce qui a pour conséquence de susciter une diminution de la demande d'enfants. Les changements culturels contribuent également à modifier la valeur qui est accordée aux enfants, mais aussi celle qui est accordée à la fonction de parents. La baisse de la mortalité va également dans le sens de cette baisse de la demande d'enfants. Les politiques de population conduisent au développement de campagnes d'IEC en matière de planification familiale qui, à leur tour, contribuent à la baisse de la demande d'enfants. Avec la demande, on doit considérer l'offre d'enfants, qui augmente avec la baisse de la mortalité et de la stérilité des femmes ainsi qu'avec l'affaiblissement du contrôle social sur la sexualité et la fécondité.

On se trouve par conséquent face à un effet de ciseaux entre une demande d'enfants qui diminue alors que l'offre d'enfants augmente ; cet effet de ciseaux est directement à la source d'un accroissement de la demande de contrôle de la fécondité, également alimenté par les campagnes d'IEC. Cette augmentation de la demande de contrôle de la fécondité suscite une utilisation croissante de moyens de régulation de la fécondité, grâce au développement des services de planification familiale. Tout ceci contribue à influencer sur le niveau de la fécondité dans le sens d'une diminution de celle-ci.

Figure 4. La demande d'enfants : ses facteurs et son rôle dans la fécondité

Ce cadre d'analyse nous semble mettre en évidence quatre questions principales de recherche, qu'il est nécessaire d'investiguer pour mieux comprendre la nature de la demande d'enfants et la manière dont elle peut diminuer et contribuer ainsi à la baisse de la fécondité : les transformations de la valeur de l'enfant et l'évolution du rapport coûts/bénéfices des enfants, les progrès en matière de mortalité des enfants et de stérilité, les rapports au sein des couples en matière de demande d'enfants et de contrôle de la fécondité, l'effet des politiques de population.

Évolution du rapport coûts/bénéfices des enfants

Le premier point concerne l'évolution des coûts des enfants, des bénéfices qui en sont attendus et la tendance du rapport coûts/bénéfices. Ce point est central dans la théorie de la demande, même s'il est discuté par d'autres approches. Il va de soi que ce rapport coûts/bénéfices est apprécié par les individus selon une rationalité qui ne relève pas seulement de critères économiques, mais aussi de critères sociaux, culturels,

affectifs, etc. Pour que ce rapport évolue, il faut tout d'abord des transformations assez globales des structures socio-économiques et des modes culturels qui interviennent sur la formation des coûts et des bénéfices des enfants. Mais il faut également une évolution de la position des différents groupes de population par rapport à ces structures socio-économiques et à ces modes de pensée. Or, d'une part, les transformations socio-économiques et culturelles qui affectent l'Afrique subsaharienne ne sont pas aussi fortes que pour les autres régions du monde en développement et leurs effets sur le rapport coûts/bénéfices peuvent être encore ténus. D'autre part, certaines communautés restent en dehors des transformations les plus marquantes : pour celles-ci, le rapport coûts/bénéfices des enfants reste alors principalement déterminé par un cadre d'organisation économique et social ancien, et il évolue par conséquent fort peu. Il y a donc là tout un domaine de recherche à développer afin de mieux comprendre le maintien de la fécondité désirée à un niveau élevé, question qui doit être élargie à celle de mieux comprendre la rationalité actuelle, chez différents types de population, de la forte fécondité et de l'absence d'utilisation de la contraception. Cette rationalité doit être appréhendée par rapport à la fonction d'investissement, souvent mise en avant dans les analyses, mais aussi vis-à-vis de la fonction d'assurance, importante à considérer dans les économies africaines en transition qui sont encore très loin de posséder un système généralisé d'assurance sociale pour la santé et la retraite (Caldwell, 2005).

Au-delà d'une approche centrée sur les individus et sur les couples, qui est primordiale, il conviendrait également d'apprécier les évolutions des idéaux démographiques à l'échelle plus large de différentes communautés. Il s'agirait alors de voir si le fait d'avoir une descendance nombreuse représente le même avantage en termes d'accès aux ressources économiques et sociales, compte tenu de la restructuration des réseaux sociaux, des réseaux de parenté et de la vie familiale. Ce bénéfice tiré d'une descendance nombreuse doit également être examiné au regard des nouveaux systèmes d'alliance matrimoniale, de l'exode rural, de l'appropriation privée de la terre, de la progression du niveau d'éducation, etc. (Smith, 2004). Mais il s'agit également de considérer la permanence d'une valeur immanente de l'enfant et du fait d'être parent dans des sociétés où cela fut toujours fortement valorisé. Cette valeur immanente de l'enfant est l'une des variables qui peuvent expliquer pourquoi les individus ont un ou deux enfants dans des sociétés post-industrielles où le strict calcul des coûts d'opportunité leur commanderait de n'en avoir aucun (Friedman *et al.*, 1994) : elle pourrait contribuer à expliciter les motivations pour le maintien d'une descendance nombreuse en Afrique subsaharienne alors que les rapports coûts/bénéfices en termes purement objectifs devraient souvent conduire les parents à vouloir la

diminuer. Il convient donc dans notre recherche de reconsidérer l'hypothèse d'une valeur immanente accordée à l'enfant dans notre théorie des choix de fécondité, dans la lignée des travaux de Becker (1992).

Baisse de la mortalité et de la stérilité

Les évolutions de la mortalité, tout particulièrement de la mortalité des enfants, et, dans une moindre mesure, de la stérilité, ainsi que leurs effets sont le deuxième point à étudier. Ici c'est de l'amélioration de la santé et de la santé de la reproduction dont il est question. Or, après plusieurs décennies de progrès sensibles en la matière en Afrique subsaharienne, même s'ils furent moins spectaculaires que sur d'autres continents, on assiste à un ralentissement de ces progrès, voire à une stagnation ou à une dégradation de la situation sanitaire sous l'effet notamment, mais pas seulement, de la pandémie du VIH/Sida (Tabutin et Schoumaker, 2004). Ces évolutions contrastées doivent être étudiées pour chaque pays dans leurs conséquences sur la demande et l'offre d'enfants.

Évolution des préférences de fécondité au sein du couple et transformation de ces préférences en actes de régulation

La transformation d'une baisse de la demande d'enfants en diminution effective de la fécondité passe par un accroissement de l'utilisation de moyens de contrôle de cette fécondité. Par conséquent, la concrétisation de cette baisse de la demande d'enfants en utilisation de méthodes de contraception est un point majeur du questionnement. Celui-ci doit tout d'abord s'attacher à la manière dont se transforment les préférences de l'homme et de la femme (préférences qui sont d'ailleurs en interaction) et dont ces préférences réciproques se formalisent au sein du couple en un choix commun. Sur ce plan, il s'agit de voir à partir de quel moment les projets reproductifs cessent d'être seulement déterminés par des normes sociales relatives à la procréation, pour devenir le produit d'un projet de couple déterminé par des préférences individuelles. Il est également important de voir que, dans les régimes de fécondité où les décisions sont dominées par les hommes, la baisse peut résulter d'un changement dans les préférences masculines comme cela peut s'observer lors du début de la transition au Ghana, d'un accroissement du pouvoir des femmes dans les décisions ou d'une combinaison des deux (DeRose et Ezech, 2005).

Ce questionnement doit également s'attacher à comprendre la manière dont la demande d'un moindre nombre d'enfants, et par conséquent la demande d'un contrôle accru ou amélioré de la procréation, se transforme

en changement des moyens de contrôle, avec notamment une augmentation de l'utilisation d'une contraception moderne. Ceci sans oublier que la volonté de contrôle croissant de la fécondité peut reposer, dans les populations d'Afrique subsaharienne, sur d'autres comportements (avortement, éloignement des conjoints, etc.). L'importance respective de l'homme et de la femme dans la formalisation de ces différentes demandes et la nature de leurs échanges en la matière, essentielles dans la détermination des choix du couple, sont variables selon les populations. Dans les pays du Sahel, l'accord entre les conjoints est souvent faible et le recours à la contraception dépend quasi uniquement du bon vouloir masculin (Andro et Hertrich, 2001). En revanche au Ghana, on peut noter un rapprochement récent entre homme et femme dans leurs attentes relatives à la taille de la descendance et leur volonté de recourir à la contraception (Andro, 2001). Quoi qu'il en soit, aujourd'hui les grandes tendances en matière de relations de genre concourent à l'échelle de l'Afrique à une augmentation des discussions au sein du couple et à une importance croissante des femmes dans les décisions de reproduction, mais ces évolutions devraient se produire suivant des temporalités distinctes selon les sociétés.

L'effet des politiques de population

D'ancienneté très différente, les politiques et les programmes de population ont eu jusqu'à ce jour un effet très variable, selon les pays et les catégories de la population, sur les dynamiques de population et notamment sur ce qui touche à la planification familiale et au contrôle de la fécondité. En effet, si la plupart des gouvernements ont produit des documents de politique de population et commencé à les traduire en programmes, on peut noter un manque de soutien international pour leur mise en œuvre et une nette diminution, depuis 1995, du financement qui leur est consacré. Ainsi, on peut estimer qu'en 2005 l'assistance internationale aux activités de planification familiale ne représentait plus que 3 % des financements consacrés aux programmes de population, contre 73 % pour la lutte contre le VIH/Sida (UNFPA, 2005). Au-delà de ces questions de moyens, il s'agit ici de mieux apprécier l'effet exact de ces programmes de population. Pour cela, il faut distinguer ce qui relève des activités d'IEC, qui jouent surtout sur la demande d'enfants, de ce qui appartient aux services et programmes de planification familiale proprement dits, qui influent sur la pratique effective de méthodes modernes de contraception. S'il apparaît important d'insister sur cet aspect du contrôle de la fécondité relatif à la contraception moderne, il ne faut pas oublier que d'autres mesures relevant de la puissance publique, des mesures

législatives notamment (concernant l'âge légal du mariage, le statut des époux, l'avortement), influencent les modes de régulation de la fécondité. Le rôle des législations sur l'offre et la demande d'enfants doit par conséquent être considéré dans ce volet de la recherche.

Conclusion

On peut constater à travers le monde une diminution du nombre d'enfants souhaités par les individus et les couples, qui contribue à la baisse de la fécondité. Dans les sociétés traditionnelles, les enfants étaient un atout pour leurs parents comme source de main-d'œuvre familiale et soutien durant la vieillesse, alors que leur éducation et leurs soins ne coûtaient rien ou peu. Mais la demande des ménages d'une descendance importante s'est affaiblie avec la modernisation des économies et l'augmentation des standards de vie. Le développement de la scolarisation a accru les coûts d'éducation des enfants alors que leur contribution aux activités productives diminuait. Les parents ont par conséquent substitué à la quantité la demande d'une meilleure qualité de leurs enfants, qu'il est possible d'acquérir grâce à une scolarisation prolongée. Cela d'autant plus que l'extraversion de l'activité féminine en dehors du groupe domestique rendait moins facile et plus onéreuse l'éducation des enfants. Dans le même temps, de nouveaux modes de consommation se sont développés, sources de dépenses concurrentes à celles occasionnées par l'éducation des enfants, et la mise en place de systèmes variés d'assurance (en matière de santé, de retraite, etc.) a réduit la dépendance des personnes âgées ou malades. Ainsi, du fait de toute une série d'évolutions culturelles, sociales et économiques, la descendance nombreuse s'est transformée d'atout en désavantage pour les familles, constituant l'un des facteurs à la base du déclin de la fécondité. Cette orientation, résumée ici de manière très générale, liant l'évolution de la demande d'enfants à la baisse de la fécondité dans les sociétés occidentales (Caldwell, 1982), doit être testée et resituée dans l'ensemble des mécanismes et facteurs qui concernent l'orientation de la procréation en Afrique subsaharienne. Une Afrique où le principe de rationalité est semblable à celui des autres sociétés tout en reposant sur des facteurs et des valeurs qui peuvent différer.

Ainsi, par exemple, le développement d'une scolarisation de masse est souvent considéré comme l'un des facteurs majeurs de la modernisation et de la transition de la fécondité (Bongaarts et Bulatao, 2000). Mais en Afrique subsaharienne, et notamment dans les régions d'économie de plantation, les chefs de famille qui disposaient de moyens suffisants ont

développé des pratiques de scolarisation maximales de leurs descendants, dans le cadre de stratégies d'insertion familiale dans les sphères modernes d'activité. Ces responsables considéraient alors la scolarisation comme un investissement, certes aléatoire et à long terme, mais qui pouvait apparaître pleinement justifié dans une période de revenu élevé, d'emplois urbains nombreux et de cohésion familiale encore forte. Leur souhait d'avoir de nombreux enfants scolarisés, pour avoir une chance de les voir, ou au moins de voir certains d'entre eux pénétrer l'appareil d'État et réussir en ville, remplaçait alors, pour beaucoup de chefs de famille, l'exigence d'une main-d'œuvre familiale importante. La volonté d'une forte fécondité a subsisté, même si elle s'est référée à des stratégies économiques et sociales différentes de celles qui régissaient la société agricole d'autosubsistance d'antan. Et c'est seulement lorsque les emplois urbains se sont raréfiés et que les économies agricoles de rente ont été atteintes par la baisse des produits d'exportation que le développement de la scolarisation a pu contribuer à la baisse de la fécondité, lorsque des phénomènes de déscolarisation n'intervenaient pas (Faussey-Domalain et Vimard, 1991 ; Vimard, 1993).

Ainsi resituée dans son contexte propre à l'Afrique subsaharienne, l'approche de la demande d'enfants est utile pour mieux comprendre le niveau de la fécondité et son évolution, à condition de ne pas se contenter d'une acception de ce concept en termes économiques seulement, mais de tenir compte également des préférences des parents d'ordre affectif ou subjectif. Afin d'avoir une vue plus complète de cette question de la forte fécondité en Afrique subsaharienne, il apparaît également important d'articuler ce concept de demande d'enfants à celui de l'offre d'enfants ainsi qu'à l'ensemble des coûts de la régulation des naissances.

Notre analyse a montré que, dans cette région du monde en développement, la demande d'enfants, appréciée avec des indicateurs dont nous avons souligné les biais, est élevée tout en variant beaucoup entre les pays. Ainsi, le nombre idéal d'enfants désirés est égal ou supérieur à 5 enfants par femme et à 6 enfants par homme dans la majorité des pays. L'indice synthétique de fécondité désirée est également élevé, supérieur à 4 enfants dans 75 % des pays. La relation entre la demande d'enfants et le niveau de la fécondité varie selon les pays, mais la demande d'enfants, chez les femmes, est plutôt inférieure à la fécondité réelle, alors que la demande exprimée par les hommes lui est supérieure. Il existe un décalage entre la fécondité et la demande d'enfants, mais on ne note pas une tendance à leur rapprochement avec le temps, car selon les pays ces indicateurs se rapprochent ou s'éloignent. Cependant, l'analyse longitudinale de pays où la baisse de la fécondité est assez ancienne montre que la transition repose tout d'abord sur une baisse de la demande d'enfants, avant de s'appuyer sur une baisse de la fécondité non désirée.

La demande d'enfants diminue avec la résidence en milieu urbain et avec l'instruction, et elle est plus faible pour les jeunes générations de femmes. Elle a tendance également à diminuer avec le temps, à l'exception de quelques rares pays. Si notre analyse a montré que l'instruction et la résidence en ville sont des facteurs importants de la baisse de la demande d'enfants, nous avons pu aussi préciser le rôle joué par la disponibilité de services de planification familiale et l'accès à un certain confort de vie dans l'évolution des mentalités vers une famille plus réduite.

Mais sur le plan de la demande d'enfants, comme sur beaucoup d'autres, il n'y a pas une Afrique subsaharienne mais plusieurs. Une analyse de la demande d'enfants menée en termes de données nationales est par conséquent réductrice d'une diversité qui repose tout d'abord sur le degré d'autonomie des couples au sein des familles élargies, puis sur celui de prise en compte de la parole des femmes dans les choix de reproduction. Toute recherche sur cette question devra donc mettre en évidence la hiérarchie des intervenants dans la formalisation du désir d'enfants et la configuration des lieux où cette formalisation se joue dans les différents groupes socio-économiques. À partir de là, il devrait être possible de mieux comprendre le rôle que peut jouer la baisse de la demande d'enfants dans la diminution de la fécondité, en étudiant l'évolution du rapport coûts/bénéfices des enfants, les progrès en matière de stérilité et de lutte contre la mortalité des enfants, les rapports au sein des couples concernant le désir d'enfants et le contrôle de la fécondité, ainsi que l'effet des politiques de population dans leurs composantes IEC et services de planification familiale.

D'un point de vue opérationnel, les leviers essentiels, susceptibles de faire baisser à l'avenir la demande d'enfants, sont au nombre de trois. Le premier correspond à tout ce qui peut amener les parents à rechercher une meilleure qualité de leurs enfants, au détriment donc de la quantité. Le développement de systèmes scolaires et de systèmes de santé performants et bien répartis sur l'ensemble des territoires apparaît comme un point crucial qui devrait encourager les parents à investir dans cette qualité. L'impact des systèmes scolaires dépend cependant, sur le moyen et le long terme, du volume et de la nature des débouchés offerts aux jeunes scolarisés, qui doivent être en rapport avec les effectifs et les diplômes de ces derniers, soit une situation inverse à celle actuellement rencontrée dans la plupart des pays africains.

Le second levier comprend tout ce qui favorise la baisse de la mortalité des enfants, susceptible de conduire les parents à réduire leur fécondité. On retrouve ici la nécessité de systèmes de santé efficaces, notamment en matière de protection maternelle et infantile, et d'une amélioration du niveau d'éducation des jeunes filles, facteur notable de la diminution de la mortalité des enfants.

Le troisième levier concerne la diffusion de normes sociales relatives à la famille restreinte, qui peuvent être transmises via l'image de la famille véhiculée aussi bien par les médias (télévision, publicité, etc.) que par les campagnes d'IEC participant des programmes de planification familiale. Sur ce plan, il est important que ces activités d'IEC se basent sur des messages d'information adaptés aux valeurs et conceptions des populations. Plus que la croissance économique *stricto sensu*, c'est davantage l'amélioration des systèmes sociaux qui favorisera à l'avenir dans les sociétés africaines la baisse de la demande d'enfants, et partant, la diminution de la fécondité.

Bibliographie

- ANDRO A. (2001), *Décisions de fécondité au sein des couples en Afrique de l'Ouest. Quelles négociations entre hommes et femmes ?*, Communication au colloque « Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest », Abidjan, INED-ENSEA-IFORD.
- ANDRO A. et HERTRICH V. (2001), « La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? », *Population*, vol. 56, n° 5, p. 721-772.
- ANOH A. (2001), *Émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire*, thèse de doctorat de démographie, Université de Paris X-Nanterre.
- ATTANASSO O., FAGNINOU R., M'BOUKE C. et AMADOU SANNI M. (2007), *Les Facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle*, Paris, CEPED-GRIPPS, coll. « Regards sur ».
- BECKER G. (1960), « An Economic Analysis of Fertility », *Demographic and Economic Change in Developed Countries*, National Bureau of Economic Research, Conference Series n° 11, Princeton, Princeton University Press, p. 209-240.
- (1992), « Habits, Addictions, Traditions », *Kyklos*, vol. 45, n° 3, p. 327-346.
- BECKER G. et NIGEL T. (1976), « Child Endowments and the Quantity and Quality of Children », *Journal of Political Economy*, vol. 84, n° 4, part II.
- BERELSON B. (1966), « KAP Studies on Fertility », in Berelson B. *et al.* (eds.), *Family Planning and Population Programs*, Chicago, University of Chicago Press, p. 655-668.
- BONGAARTS J. (2003), « Completing the Fertility Transition in the Developing Countries: The Role of Educational Differences and

- Fertility Preferences », *Population Studies*, vol. 57, n° 3, p. 321-336.
- (2006), « The Causes of Stalling Fertility Transitions », *Studies in Family Planning*, vol. 37, n° 1, p. 1-16.
- BONGAARTS J. et BULATAO R.A. (eds.) (2000), *Beyond Six Billion. Forecasting the World's Population*, Panel on Population Projections, Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council, Washington D.C., National Academy Press.
- BULATAO R.A. et LEE R.D. (eds.) (1983), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, 2 vol., New York.
- CAIN M. (1985), « On the Relationship between Landholding and Fertility », *Population Studies*, vol. 39, n° 1, p. 5-15.
- CALDWELL J.C. (1976), « Toward a Restatement of Demographic Transition Theory », *Population and Development Review*, vol. 2, n° 3-4, p. 321-366.
- (1982), *Theory of Fertility Decline*, New York, Academic Press.
- (1993), « Les tendances démographiques et leurs causes, le cas de l'Afrique est-il différent ? », in Chasteland J.C., Véron J. et Barbieri M. (dir.) *Politiques de développement et croissance démographique rapide en Afrique*, Congrès et colloque n° 13, Paris, INED-PUF, p. 21-45.
- (2005), « On Net Intergenerational Wealth Flows: An Uptade », *Population and Development Review*, vol. 31, n° 4, p. 721-740.
- CLELAND J. et WILSON C. (1987), « Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View », *Population Studies*, vol. 41, n° 1, p. 5-30.
- CLELAND J., PHILLIPS J.F., AMIN S. et KAMAL G.M. (1994), « Socioeconomic Change and the Demand for Children », in *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment*, Washington D.C., The International Bank for Reconstruction and Development-The World Bank, p. 58-82.
- COALE A.J. (1973), « The Demographic Transition », *International Population Conference, Liège 1973*, Liège, UIESP, vol. 1, p. 53-72.
- CONGO Z. (2007), *Les Facteurs de la pratique contraceptive au Burkina Faso au tournant du siècle*, Paris, CEPED-GRIPPS, coll. « Regards sur ».
- DAVIS K. (1955), « Institutional Patterns Favouring High Fertility in Underdeveloped Areas », *Eugenics Quarterly*, vol. 2, p. 33-39.
- DeROSE L.F. et EZEH A.C. (2005), « Men's Influence on the Onset and Progress of Fertility Decline in Ghana, 1988-98 », *Population Studies*, vol. 59, n° 2, p. 197-210.
- EASTERLIN R. (1975), « An Economic Framework for Fertility Analysis », *Studies in Family Planning*, vol. 6, n° 3, p. 54-63.
- (1976), « The Conflict between Aspirations and Ressources », *Population and Development Review*, vol. 2, n° 3-4.

- EVINA A. (2007), *Les Facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle*, Paris, CEPED-GRIPPS, coll. « Regards sur ».
- FALL S. (2007), *Les Facteurs de la contraception au Sénégal au tournant du siècle*, Paris, CEPED-GRIPPS, coll. « Regards sur ».
- FASSASSI R. (2004), *Pauvreté humaine et fécondité en Côte d'Ivoire*, thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.
- (2007), *Les Facteurs de la contraception en Côte d'Ivoire au tournant du siècle*, Paris, CEPED-GRIPPS, coll. « Regards sur ».
- FAUSSEY-DOMALAIN C. et VIMARD P. (1991), « Agriculture de rente et démographie », *Revue Tiers Monde*, t. XXXII, n° 125, janvier-mars, p. 93-114.
- FRIEDMAN D., HECHTER M. et KANAZAWA S. (1994), « A Theory of the Value of Children », *Demography*, vol. 31, n° 3, p. 375-401.
- GUILLAUME A., VIMARD P., FASSASSI R. et KOFFI N., « La circulation des enfants en Côte d'Ivoire : solidarité familiale, scolarisation et redistribution de la main-d'œuvre », in Contamin B. et Memel-Foté H. (dir.), *Le Modèle ivoirien en questions*, Paris, Karthala-ORSTOM, p. 573-590.
- GUILMOTO C.Z. (1996), *Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien*, Documents de recherche n° 2, Paris, ETS-ORSTOM.
- KABIR M. et al. (1994), « Factors Affecting Fertility Desired Family Size in Bangladesh », *J. biosc. Sci.*, vol. 26, n° 3, p. 369-375.
- KREAGER P. (1985), « Interpreting Social Structures for Comparative Fertility Analysis », *Congrès international de la population, Florence 1985*, vol. 2, Liège, UIESP, p. 21-32.
- LOCOH T. (1995), « Parlons des E.D.S. : l'analyse statistique est-elle neutre ? », *Clins d'œil de démographes à l'Afrique et à Michel François*, Paris, CEPED, p. 143-155.
- McNICOLL G. (1982), « Institutional Determinants of Fertility Change », in Hohn C. et Mackensen R. (eds.), *Determinants of Fertility Trends: Theories Re-examined*, Liège, Ordina, p. 147-168.
- PARSONS T. (1937), *The Structure of Social Action*, New York, Free Press.
- PICHE V. et POIRIER J. (1995), « Les approches institutionnelles de la fécondité », in Gérard H. et Piche V. (dir.), *La Sociologie des populations*, Montréal, PUM-AUPELF-UREF, coll. « Universités francophones », p. 117-137.
- PILON M. et VIMARD P. (1998), *Structures et dynamiques familiales à l'épreuve de la crise en Afrique subsaharienne*, Communication à la Chaire Quetelet 1998 « Familles et ménages face à la crise », Louvain-la-Neuve, 25-27 novembre.
- PNUD (2004), *Rapport mondial sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié*, Economica.

- SMITH D.J. (2004), « Contradiction in Nigeria's Fertility Transition: The Burdens and Benefits of Having People », *Population and Development Review*, vol. 30, n° 2, p. 221-238.
- SZRETER S. (1993), « The Idea of Demographic Transition and the Study of Fertility Change: A Critical Intellectual History », *Population and Development Review*, vol. 19, n° 4, p. 659-701.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.
- TADESSE B. et ASEFA S. (2002), « Empirical Analysis of the Determinants of Demand for Children in Jimma City, Ethiopia: An Application of Count Data Model », *Eastern Africa Social Science Research Review*, vol. 18, n° 2, p. 43-67.
- TALBOT P.A. (1927), *Some Nigerian Fertility Cults*, Londres, Oxford University Press.
- TURKE P.W. (1989), « Evolution and the Demand for Children », *Population and Development Review*, vol. 15, n° 1, p. 61-90.
- UNFPA (2005), *Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2003, Estimate for 2004/05*, http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/527_filename_financing_icpd_programme.pdf.
- UNITED NATIONS (2005), *World Population Prospects. The 2004 Revision. Highlights*, New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ESA/P/WP.193.
- (2006), *World Population Prospects. The 2004 Revision. Vol. III: Analytical Reports*, New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A/246.
- VIGNIKIN K. (2007), *Les Facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle*, Paris, CEPED-GRIPPS, coll. « Regards sur ».
- VIMARD P. (1993), « Modernité et pluralité familiales en Afrique de l'Ouest », *Revue Tiers Monde*, t. XXXIV, n° 133, janvier-mars, p. 89-115.
- (1997), *Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise*, Documents de recherche n° 3, Paris, ETS-ORSTOM.
- VIMARD P. et ADJAMAGBO A. (2005), « Vers une maîtrise différenciée de la fécondité », in Léonard É. et Vimard P. (dir.), *Crises et recompositions d'une agriculture pionnière. Dynamiques démographiques et changements économiques dans le Bas-Sassandra (Côte d'Ivoire)*, Paris, IRD-Karthala, coll. « Hommes et sociétés », p. 261-292.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E. (2007), « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 172-213.

**Tableau annexe 1. Écart dans le nombre idéal moyen d'enfants,
pour l'ensemble des femmes, entre les milieux de résidence
et entre les niveaux d'instruction par pays**

	Rural/Urban	Pas d'éducation/Éducation primaire	Éducation primaire/Éducation secondaire ou supérieure	Pas d'éducation/Éducation secondaire ou supérieure
<i>Afrique de l'Ouest</i>				
Bénin 2001	1	1,2	0,9	2,1
Burkina Faso 2003	1,7	1,3	1	2,3
Côte d'Ivoire 1998/99	1,3	1,1	1	2,1
Ghana 2003	1	1,4	0,5	1,9
Guinée 1999	1,3	1,4	0,4	1,8
Mali 2001	1,6	0,8	1,4	2,2
Mauritanie 2000/01	1,8	2	0,6	2,6
Niger 1998	2,4	1,8	1,6	3,4
Nigeria 2003	1	1,7	1,5	3,2
Sénégal 1997	1,5	1,2	0,6	1,8
Togo 1998	1,3	1,2	0,8	2
<i>Afrique centrale</i>				
Cameroun 2004	1,8	2,4	1,4	3,8
Gabon 2000	1	0,3	0,9	1,2
Tchad 2004	1,5	1,7	1,7	3,4
<i>Afrique de l'Est</i>				
Comores 1996	0,6	0,8	0,5	1,3
Érythrée 2002	1,4	1,4	0,8	2,2
Éthiopie 2000	1,5	1,3	0,9	2,2
Kenya 2003	0,7	2,9	0,7	3,6
Madagascar 2003/04	1,2	1,4	1,4	2,8
Malawi 2000	0,7	0,7	0,9	1,6
Mozambique 2003	1,1	0,9	1,6	2,5
Ouganda 2000/01	1,3	1,1	1	2,1
Rwanda 2000	0,7	0,3	0,8	1,1
Tanzanie 2004	1,4	1,4	1,2	2,6
Zambie 2001/02	1,2	0,7	1,2	1,9
Zimbabwe 1999	1,2	1,1	1,3	2,4
<i>Afrique australe</i>				
Afrique du Sud 1998	0,7	1	0,7	1,7
Namibie 2000	0,8	0,7	1,1	1,8

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATA compiler, <http://www.measuredhs.com>, 21 août 2006.

Tableau annexe 2. Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des jeunes femmes selon l'âge, le milieu de résidence et le pays

Pays	Urbain			Rural		
	15-19 ans	20-24 ans	Ensemble	15-19 ans	20-24 ans	Ensemble
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
Bénin 2001	4,1	3,9	4,3	4,9	5,1	5,3
Burkina Faso 2003	3,8	3,9	4,2	5,6	5,6	5,9
Côte d'Ivoire 1998/99	4,1	4	4,6	4,9	5,1	5,9
Ghana 2003	3,5	3,4	3,9	4,1	4,2	4,9
Guinée 1999	4,3	4,3	4,8	5,3	5,5	6,1
Mali 2001	4,8	4,8	5,2	6,3	6,3	6,8
Mauritanie 2000/01	4,3	4,7	5,2	5,9	6,3	7
Niger 1998	5,3	5,8	6,3	7,8	8,3	8,7
Nigeria 2003	5,5	5,6	6	6	6,6	7
Sénégal 1997	4,1	4,2	4,5	5,6	5,8	6
Togo 1998	3,4	3,3	3,7	4,2	4,5	5
<i>Afrique centrale</i>						
Cameroun 2004	4,4	4,4	4,9	5,9	6,1	6,7
Gabon 2000	3,9	4,3	4,7	4,5	4,9	5,7
Tchad 2004	6,4	7,1	7,7	8,2	8,7	9,2
<i>Afrique de l'Est</i>						
Comores 1996	4,4	4,7	4,9	5	5	5,5
Érythrée 2002	4,3	4,8	5	5,3	5,9	6,4
Éthiopie 2000	3,3	3,9	4,1	4,4	5,2	5,6
Kenya 2003	3,1	3,1	3,4	3,8	3,6	4,1
Madagascar 2003/04	3,5	3,6	3,9	4,6	4,7	5,1
Malawi 2000	3	3,2	3,6	3,4	3,8	4,3
Mozambique 2003	3,6	4,1	4,6	4,5	5	5,7
Ouganda 2000/01	3,2	3,4	3,8	4,3	4,5	5,1
Rwanda 2000	4,3	4	4,3	5,3	4,9	5
Tanzanie 2004	3,4	3,5	4	4,7	5	5,4
Zambie 2001/02	3,3	3,5	4	4,5	4,7	5,2
Zimbabwe 1999	2,6	2,8	3,2	3,6	3,8	4,4
<i>Afrique australe</i>						
Afrique du Sud 1998	2	2,2	2,6	2,4	2,7	3,3
Namibie 2000	2,1	2,4	2,9	2,5	2,8	3,7
Moyenne	3,9	4,0	4,4	4,9	5,2	5,7

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Malawi 2000), ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 29 septembre 2006.

Tableau annexe 3. Évolution du nombre idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes dans 22 pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Dates d'enquêtes	Intervalle de l'observation	Nombre idéal d'enfants		Évolution du nombre idéal d'enfants		
			Début	Fin	En effectif	En effectif sur 10 ans	En proportion sur 10 ans
<i>Afrique de l'Ouest</i>							
Bénin	1996-2001	5	5,5	4,9	-0,6	-1,2	-0,22
Burkina Faso	1998/99-2003	4,5	5,7	5,6	-0,1	-0,2	-0,04
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	5,5	5,4	-0,1	-0,2	-0,04
Ghana	1988-2003	15	5,3	4,4	-0,9	-0,6	-0,11
Mali	1987-2001	14	6,9	6,2	-0,7	-0,5	-0,07
Niger	1992-1998	6	8,2	8,2	0	0,0	0,00
Nigeria	1990-2003	13	5,8	6,7	0,9	0,7	0,12
Sénégal	1986-1997	11	6,8	5,3	-1,5	-1,4	-0,20
Togo	1988-1998	10	5,3	4,5	-0,8	-0,8	-0,15
<i>Afrique centrale</i>							
Cameroun	1991-2004	13	6,8	5,7	-1,1	-0,8	-0,12
Tchad	1996/97-2004	7,5	8,3	8,9	0,6	0,8	0,10
<i>Afrique de l'Est</i>							
Érythrée	1995-2002	7	6	5,8	-0,2	-0,3	-0,05
Kenya	1989-2003	14	4,4	3,9	-0,5	-0,4	-0,08
Madagascar	1992-2003/04	11,5	5,5	4,8	-0,7	-0,6	-0,11
Malawi	1992-2000	8	5,1	4,2	-0,9	-1,1	-0,22
Mozambique	1997-2003	6	5,9	5,3	-0,6	-1,0	-0,17
Ouganda	1988-2000/01	12,5	6,5	4,8	-1,7	-1,4	-0,21
Rwanda	1992-2000	8	4,2	4,9	0,7	0,9	0,21
Tanzanie	1992-2004	12	6,1	5	-1,1	-0,9	-0,15
Zambie	1992-2001/02	9,5	5,8	4,7	-1,1	-1,2	-0,20
Zimbabwe	1988-1999	11	4,9	3,9	-1	-0,9	-0,19
<i>Afrique australe</i>							
Namibie	1992-2000	8	5	3,3	-1,7	-2,1	-0,43

Source : Enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro, 2006.

MEASURE DHS STA To compiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006

Tableau annexe 4. Évolution de l'indice synthétique de fécondité désirée dans 22 pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Dates d'enquêtes	Intervalle de l'observation	Indice synthétique de fécondité désirée		Évolution de l'indice synthétique de fécondité désirée		
			Début	Fin	En effectif	En effectif sur 10 ans	En proportion sur 10 ans
<i>Afrique de l'Ouest</i>							
Bénin	1996-2001	5	5	4,6	-0,4	-0,8	-0,16
Burkina Faso	1998/99-2003	4,5	5,7	5,1	-0,6	-1,3	-0,23
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	4,4	4,5	0,1	0,2	0,05
Ghana	1988-2003	15	5,3	3,7	-1,6	-1,1	-0,20
Mali	1987-2001	14	6,6	6,1	-0,5	-0,4	-0,05
Niger	1992-1998	6	6,8	7	0,2	0,3	0,05
Nigeria	1990-2003	13	5,8	5,3	-0,5	-0,4	-0,07
Sénégal	1986-1997	11	5,5	4,6	-0,9	-0,8	-0,15
Togo	1988-1998	10	5	4,2	-0,8	-0,8	-0,16
<i>Afrique centrale</i>							
Cameroon	1991-2004	13	5,2	4,5	-0,7	-0,5	-0,10
Tchad	1996/97-2004	7,5	6,1	6,1	0	0,0	0,00
<i>Afrique de l'Est</i>							
Érythrée	1995-2002	7	5,7	4,4	-1,3	-1,9	-0,33
Kenya	1989-2003	14	4,5	3,6	-0,9	-0,6	-0,14
Madagascar	1992-2003/04	11,5	5,2	4,6	-0,6	-0,5	-0,10
Malawi	1992-2000	8	5,7	5,2	-0,5	-0,6	-0,11
Mozambique	1997-2003	6	4,7	4,9	0,2	0,3	0,07
Ouganda	1988-2000/01	12,5	6,4	5,3	-1,1	-0,9	-0,14
Rwanda	1992-2000	8	4,2	4,7	0,5	0,6	0,15
Tanzanie	1992-2004	12	5,6	4,9	-0,7	-0,6	-0,10
Zambie	1992-2001/02	9,5	5,4	4,9	-0,5	-0,5	-0,10
Zimbabwe	1988-1999	11	4,4	3,4	-1	-0,9	-0,21
<i>Afrique australe</i>							
Namibie	1992-2000	8	4,8	3,4	-1,4	-1,8	-0,36

Source : Enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro, 2006.

MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006.

Tableau annexe 5. Évolution de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité (ISF) et le nombre idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes dans 22 pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Dates d'enquêtes	Intervalle de l'observation	Écart ISF-nombre idéal d'enfants			Évolution de l'ISF
			En début d'observation	En fin d'observation	Sens de l'évolution de l'écart*	
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
Bénin	1996-2001	5	0,5	0,7	+	-0,4
Burkina Faso	1998/99-2003	4,5	0,7	0,3	-	-0,5
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	-0,2	-0,2	=	-0,1
Ghana	1988-2003	15	1,1	0	-	-2
Mali	1987-2001	14	0,2	0,6	+	-0,3
Niger	1992-1998	6	-1,2	-1	-	0,2
Nigeria	1990-2003	13	0,2	-1	+	-0,3
Sénégal	1986-1997	11	-0,4	0,4	=	-0,7
Togo	1988-1998	10	1,1	0,7	-	-1,2
<i>Afrique centrale</i>						
Cameroon	1991-2004	13	-1	-0,7	-	-0,8
Tchad	1996/97-2004	7,5	-1,9	-2,6	+	-0,1
<i>Afrique de l'Est</i>						
Érythrée	1995-2002	7	0,1	-1	+	-1,3
Kenya	1989-2003	14	2,3	1	-	-1,8
Madagascar	1992-2003/04	11,5	0,6	0,4	-	-0,9
Malawi	1992-2000	8	1,6	2,1	+	-0,4
Mozambique	1997-2003	6	-0,7	0,2	-	0,3
Ouganda	1988-2000/01	12,5	0,9	2,1	+	-0,5
Rwanda	1992-2000	8	2	0,9	-	-0,4
Tanzanie	1992-2004	12	0,1	0,7	+	-0,5
Zambie	1992-2001/02	9,5	0,7	1,2	+	-0,6
Zimbabwe	1988-1999	11	0,5	0,1	-	-1,4
<i>Afrique australe</i>						
Namibie	1992-2000	8	0,4	0,9	+	-1,2

Source : Enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro, 2006.

MEASURE DHS STA Toompile, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006.

* En valeur absolue : + signifie que l'écart augmente, = qu'il est inchangé, - qu'il diminue.

Tableau annexe 6. Évolution de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et l'indice synthétique de fécondité (ISF) dans 22 pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Dates d'enquêtes	Intervalle de l'observation	Écart ISFD-ISF		Évolution de l'écart	Évolution de l'ISF
			En début d'observation	En fin d'observation		
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
Bénin	1996-2001	5	-1	-1	0	-0,4
Burkina Faso	1998/99-2003	4,5	-0,7	-0,8	0,1	-0,5
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	-0,9	-0,7	-0,2	-0,1
Ghana	1988-2003	15	-1,1	-0,7	-0,4	-2
Mali	1987-2001	14	-0,5	-0,7	0,2	-0,3
Niger	1992-1998	6	-0,2	-0,2	0	0,2
Nigeria	1990-2003	13	-0,2	-0,4	0,2	-0,3
Sénégal	1986-1997	11	-0,9	-1,1	0,2	-0,7
Togo	1988-1998	10	-1,4	-1	-0,4	-1,2
<i>Afrique centrale</i>						
Cameroun	1991-2004	13	-0,6	-0,5	-0,1	-0,8
Tchad	1996/97-2004	7,5	-0,3	-0,2	-0,1	-0,1
<i>Afrique de l'Est</i>						
Érythrée	1995-2002	7	-0,4	-0,4	0	-1,3
Kenya	1989-2003	14	-2,2	-1,3	-0,9	-1,8
Madagascar	1992-2003/04	11,5	-0,9	-0,6	-0,3	-0,9
Malawi	1992-2000	8	-1	-1,1	0,1	-0,4
Mozambique	1997-2003	6	-0,5	-0,6	0,1	0,3
Ouganda	1988-2000/01	12,5	-1	-1,6	0,6	-0,5
Rwanda	1992-2000	8	-2	-1,1	-0,9	-0,4
Tanzanie	1992-2004	12	-0,6	-0,8	0,2	-0,5
Zambie	1992-2001/02	9,5	-1,1	-1	-0,1	-0,6
Zimbabwe	1988-1999	11	-1	-0,6	-0,4	-1,4
<i>Afrique australe</i>						
Namibie	1992-2000	8	-0,6	-0,8	0,2	-1,2

Source : Enquêtes démographiques et de santé, ORC Macro, 2006.

MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 4 septembre 2006.

Tableau annexe 7. Répartition des femmes selon le nombre idéal d'enfants désirés au Niger (1998), en Côte d'Ivoire (1998) et au Kenya (2003), en %

Nombre d'enfants désirés	Kenya 2003		Niger 1998		Côte d'Ivoire 1998	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0	97	1,2	3	0,0	7	0,2
1	204	2,5	25	0,3	14	0,5
2	1652	20,2	93	1,2	195	6,4
3	1553	19,0	192	2,5	444	14,6
4	2270	27,7	489	6,5	898	29,5
5	631	7,7	704	9,3	550	18,1
6	481	5,9	739	9,8	363	11,9
7	100	1,2	561	7,4	101	3,3
8	161	2,0	611	8,1	112	3,7
9	42	0,5	213	2,8	20	0,7
10	345	4,2	1403	18,5	236	7,8
11 et plus	645	7,9	2539	33,5	100	3,3
Total	8181	100,0	7572	100,0	3040	100,0

Source : Rapports EDS.

**Tableau annexe 8. Résultats de la régression multinomiale ordonnée
du désir d'enfants des femmes selon leurs caractéristiques**

	Kenya		Côte d'Ivoire		Niger	
	Odds Ratio	P> z	Odds Ratio	P> z	Odds Ratio	P> z
Âge	1.01323	0.007	1.027415	0.000	.9722113	0.000
Niveau d'instruction (non scolarisée)						
Primaire	.6425006	0.000	.762954	0.007	.6707894	0.000
Secondaire	.4010633	0.000	.4686009	0.000	.4636698	0.000
Supérieur	.3056645	0.000	.1955123	0.000	.2964966	0.001
Eau courante	.9077989	0.131	.9061511	0.321	.9735281	0.731
Toilettes modernes	.7955957	0.000	.875197	0.115	.83909	0.038
Électricité	.8843633	0.193	.9662416	0.786	.9471839	0.641
Possède une radio	1.058515	0.363	1.055695	0.597	.9145789	0.156
Possède une TV	.9473963	0.457			.8607461	0.205
Sol fini	.7866798	0.331	1.037287	0.797	1.005535	0.952
Religion (autre)						
Chrétienne	.9177013	0.618	.732894	0.005	.2540039	0.019
Musulmane	.8098141	0.307	1.157897	0.321	.4087005	0.062
Ethnie* (ethnie 1)						
Ethnie 2	2.838739	0.000	1.331653	0.032	1.111511	0.829
Ethnie 3	1.152687	0.574	1.106386	0.565	1.263362	0.713
Ethnie 4	1.371972	0.194	.9906222	0.949	1.129742	0.804
Ethnie 5	1.567222	0.082	1.032552	0.826	.7479436	0.571
Ethnie 6	2.179042	0.002	1.069895	0.637	1.542767	0.584
Ethnie 7	2.347547	0.001			1.024554	0.961
Ethnie 8	4.666423	0.000			1.105621	0.841
Ethnie 9	1.059337	0.828			.3691898	0.220
Ethnie 10	6.786014	0.000			.7430287	0.558
Ethnie 11	44.54689	0.000				
Ethnie 12	3.068509	0.000				
Ethnie 13	4.352589	0.000				
Ethnie 14	3.272327	0.001				
Ethnie 15	3.062399	0.001				
Milieu de résidence (rural)	.8612986	0.030	.8351439	0.136	.6909785	0.000
Taille du ménage	1.033868	0.001	1.011733	0.049	1.016493	0.003
Nombre d'enfants nés vivants	1.195463	0.000	1.260076	0.000	1.350293	0.000
Nombre d'enfants décédés	.9727313	0.699	.8975889	0.318	.8929064	0.162
Connait une source de planification familiale	.7627322	0.000	.7758284	0.008	.7657929	0.000
État matrimonial (célibataire)						
Mariée	1.349705	0.654			.078783	0.000
Divorcée/séparée/veuve	2.021355	0.154			.5377848	0.304
Approbation du conjoint par rapport à la planification familiale (désapprouve)						
Approuve	.7118353	0.000	.7214447	0.025	.8717058	0.119
Pas de conjoint	.3542157	0.146	.7359064	0.013	.3557145	0.203
Discussion de la planification familiale au sein du couple (pas de discussion)						
Discute de la planification familiale	.7768445	0.000	.9035222	0.482	.8672101	0.108
Pas de conjoint	.853099	0.800			.2676138	0.105
Femme approuve planification familiale (n'approuve pas)	.4236866	0.000	.5220306	0.000	.6349686	0.000

Tableau annexe 8 (suite). Résultats de la régression multinomiale ordonnée du désir d'enfants des femmes selon leurs caractéristiques

Niveau d'instruction du conjoint (non scolarisé)						
Primaire	.9223352	0.471			.9120627	0.396
Secondaire	.8258626	0.106			.8835553	0.329
Supérieur	.82849	0.204			.7840319	0.215
Pas de conjoint	1.939564	0.185			.2646899	0.000
Occupation (ménagère)						
Non agricole	.8864346	0.062	.8148914	0.174	1.129338	0.326
Liée à l'agriculture	1.063014	0.351	1.135016	0.470	1.103045	0.460
Travail en dehors du ménage			1.234479	0.111	.9029713	0.401
Occupation du conjoint (ne travaille pas)						
Non agricole					1.660208	0.024
Liée à l'agriculture					2.050835	0.002
Pas de conjoint					2.807077	0.101

Source : Calcul des auteurs à partir des fichiers des enquêtes démographiques et de santé.

** Liste des ethnies*

	<i>Kenya</i>	<i>Côte d'Ivoire</i>	<i>Niger</i>
Ethnie 1	Embu	Akan	Arabe
Ethnie 2	Kalenjin	Krou	Djerma
Ethnie 3	Kamba	Mandé nord	Gourmantché
Ethnie 4	Kikuyu	Mandé sud	Haoussa
Ethnie 5	Kisii	Voltaïque	Kanouri
Ethnie 6	Luhya	Autres	Mossi
Ethnie 7	Luo		Peul
Ethnie 8	Masaï		Touareg
Ethnie 9	Meru		Toubou
Ethnie 10	Mijikenda/Swahili		Autres
Ethnie 11	Somali		
Ethnie 12	Taita/Tavate		
Ethnie 13	Tukana		
Ethnie 14	Kuria		
Ethnie 15	Autres		

Les relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud et en Afrique subsaharienne

Bilan et explications

Dominique TABUTIN

Depuis plus de deux siècles, depuis Malthus notamment, on s'interroge sur les relations entre démographie et économie, sur l'effet (positif, pour les uns, négatif pour les autres) de la croissance démographique sur la croissance économique ou, inversement, sur le rôle de la pauvreté dans la dynamique des populations. De ces débats (plus ou moins anciens) entre économistes et démographes, où s'entremêlent souvent idéologies et discours scientifiques, il ne s'est pas dégagé de relations claires, généralisables ou universelles¹. La « controverse » est toujours là, mais plus ouverte et diversifiée : d'un côté, un courant néomalthusien (la démographie est la cause de tous les problèmes) ; de l'autre, un courant antimalthusien (niant tout rôle de la croissance démographique, allant même parfois jusqu'à la reconnaître comme un facteur favorable au développement) ; entre les deux, un courant disons plus modéré, que nous qualifions de néomalthusianisme nuancé : la pression démographique n'est plus la cause unique et directe des grands problèmes de la planète, mais elle peut en être un facteur accélérateur ; la priorité n'est alors plus seulement donnée à la planification familiale, mais aussi à la lutte contre la pauvreté et les inégalités.

1. Voir entre bien d'autres sur le sujet les travaux de N. Birdsall *et al.* (2001), de J. Coussy et J. Vallin (1996), de G. Tapinos *et al.* (1991), de J.C. Chesnais (1987), de R. Cassen (1994) ou de D. Blanchet (1996).

Depuis une quinzaine d'années, la pauvreté est inscrite dans les agendas des grandes organisations internationales, y compris la Banque mondiale, et des agences nationales de coopération de tous les grands pays du Nord, de même qu'elle apparaît dans le programme d'un nombre croissant de conférences scientifiques internationales. La lutte contre la pauvreté, tant monétaire que culturelle ou sanitaire, est le but ultime des divers Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) fixés en 2000. C'est lui reconnaître, enfin, toute son importance pour l'avenir de la moitié sinon des deux tiers de l'humanité.

Depuis une quinzaine d'années également, la recherche en démographie des pays du Sud s'est (ré)engagée dans la problématique de la pauvreté, mais timidement et avec un certain retard par rapport à d'autres disciplines², en privilégiant notamment ses liens avec la fécondité et la planification familiale. Nous nous en tiendrons ici à l'examen de l'impact du niveau de vie (économique mais aussi culturel) sur la fécondité et ses variables intermédiaires, dont notamment la contraception, phénomènes clés de toute transition démographique en Afrique comme ailleurs³. Après quelques mots sur le concept même de pauvreté et après une brève description de la situation en la matière dans les grandes régions du monde, nous présenterons une synthèse de la littérature internationale sur les relations entre pauvreté et fécondité, avant d'analyser la situation de l'Afrique dans les années 1980 et 1990. Nous en examinerons les éléments explicatifs avant de terminer sur quelques priorités en matière de recherche.

Quelques mots préalables sur le concept de pauvreté

Pendant longtemps, la pauvreté fut pensée et définie dans sa seule dimension monétaire, en termes de revenu ou de dépenses de consommation. Dans son rapport de 1990 consacré à la pauvreté, la Banque mondiale écrivait encore (p. 30) :

« Être pauvre, au sens du Rapport, c'est ne pas pouvoir atteindre un niveau de vie minimum. Cette définition n'a d'utilité qu'à condition de répondre à trois questions. Comment mesure-t-on le niveau de vie "minimum" ? Et, ayant identifié les pauvres, comment exprimer globalement, en une mesure ou un indice unique, le degré de pauvreté ? »

2. Il en est de même pour la problématique de l'environnement.

3. L'impact des reculs de la fécondité sur les niveaux de vie ou le bien-être des ménages ne sera pas abordé faute de place mais aussi de compétences suffisantes de l'auteur dans le domaine.

La pauvreté est encore souvent conceptualisée ou analysée en termes de revenu minimum et d'inégalités de revenu (nous en verrons les indicateurs proposés). Cette approche un peu « simple » des choses correspond à un courant de pensée économique classique et ancien, qui suggère de se concentrer, dans les politiques de lutte contre la pauvreté ou la misère, sur l'augmentation des revenus et de laisser aux ménages et aux individus le choix de l'allocation optimale des ressources.

Cette vision doctrinale et politique sera rapidement élargie par la recherche en sciences sociales et économiques, et par des organismes comme le PNUD ou la Banque mondiale elle-même dans les années 1990, qui en viendront à parler de pauvreté humaine et non plus seulement de pauvreté monétaire. Désormais, une sorte de consensus s'est établi : la pauvreté n'est pas un phénomène purement économique, elle doit être pensée, analysée et mesurée dans la totalité de ses dimensions, monétaire, sociale (éducation) et sanitaire (espérance de vie, accès aux services, etc.). Cela revient à privilégier une approche en termes de besoins essentiels, de droits à une vie décente, de participation à la vie sociale.

Dans le même ordre d'idées, l'économiste H. Bartoli écrivait en 1990 (Bartoli, 1990 : 41) :

« La notion de besoins humains “fondamentaux” ou “essentiels”, en dépit d'une hostilité croissante et d'erreurs d'interprétation, est d'une tout autre fécondité. Des efforts considérables ont été entrepris pour cerner le concept, en préciser le contenu, définir des objectifs, identifier sur le terrain les populations pauvres. Ils recouvrent des conditions minimales de consommation privée pour une famille (alimentation, logement, habillement), l'accès à des services essentiels (eau, santé, éducation, transports), l'emploi qui doit être convenablement rémunéré, l'environnement, sain, humain, satisfaisant, la participation de la population aux décisions qui affectent son existence. »

Finalement, le PNUD écrit dans son rapport sur le développement humain de 1997 consacré à la pauvreté (PNUD, 1997 : 4-5) :

« Du point de vue du développement humain, la pauvreté signifie une privation de possibilités de choix et d'opportunités qui permettraient aux individus de mener une vie décente.

C'est dans la détresse et la misère de l'existence des individus que la pauvreté se manifeste. La pauvreté peut signifier davantage que l'absence de ce qui est nécessaire au bien-être matériel. La pauvreté, c'est aussi la négation des opportunités et des possibilités de choix les plus essentielles au développement humain : longévité, santé, créativité, mais aussi conditions de vie décentes, liberté, dignité, respect de soi-même et d'autrui.

La pauvreté doit être abordée dans la totalité de ses dimensions et pas seulement sous l'angle du revenu. Les besoins sont énormes. On estime à 1,3 milliard le nombre d'individus survivant avec l'équivalent de moins d'un dollar par jour. Pour autant, il existe d'autres besoins, tout aussi fondamentaux, et parfois plus essentiels encore. Le monde compte près d'un milliard d'analphabètes. Bien plus d'un milliard de personnes n'ont pas accès à l'eau potable. Quelque 840 millions d'individus connaissent la faim ou l'insécurité alimentaire. Et près d'un tiers des habitants des pays les moins avancés – la plupart en Afrique subsaharienne – sont statistiquement condamnés à décéder avant d'atteindre 40 ans. »

Dans un souci de clarification du concept, on peut différencier les diverses situations possibles de pauvreté selon leur degré ou leur type.

Selon le degré de pauvreté :

- l'exclusion ou la misère, regroupant la population qui cumule tous les handicaps possibles (absence ou grande faiblesse du revenu, alphabétisme complet, exclusion sociale, etc.) ;
- la grande pauvreté, regroupant la population (la majorité des « pauvres » en Afrique et dans les pays du Sud) qui ne peut accéder à un revenu régulier et certain, qui souffre quotidiennement d'insécurité financière, alimentaire et sanitaire, et dont une partie aussi est menacée de misère ;
- la pauvreté ordinaire, frappant les ménages qui ont un revenu régulier, mais parmi les plus bas qui soient, les conduisant à un niveau de vie fort modeste et à une vie faite de privations, pratiquement sans marge de manœuvre.

Selon le type de pauvreté :

- la pauvreté absolue, dans tous les domaines ;
- la pauvreté monétaire, qui peut être là malgré un état de santé relativement bon, une certaine éducation, un certain statut social ;
- la pauvreté sociale, liée à l'appartenance à un groupe social ou à une caste, à un sexe, ou au statut des ménages dans la société ou la communauté ;
- la pauvreté culturelle, due à l'absence totale d'instruction ou d'éducation.

Cela rend bien sûr beaucoup plus complexes les problèmes de mesures et d'indicateurs, relativise la valeur des indicateurs unidimensionnels et rappelle la prudence requise dans les travaux de comparabilité internationale. De plus, la pauvreté n'est pas un phénomène statique, elle varie dans le temps et dans l'espace, comme elle peut évoluer au cours du cycle de vie des ménages.

Nous n'entrerons pas ici dans les détails et choix techniques⁴ de mesure au niveau des ménages de la pauvreté monétaire, du niveau de vie

4. Voir, par exemple, Banque mondiale (2005) ou B. Schoumaker (1999).

ou du bien-être (terme utilisé depuis 2003 dans les enquêtes EDS). Rappelons-en simplement quelques définitions courantes qui seront utilisées dans ce document.

La mesure de la pauvreté monétaire

L'idée ancienne et reprise par la Banque mondiale à la fin des années 1980 repose sur le calcul d'un seuil de revenu (et donc de biens) nécessaire à l'individu ou au ménage pour assurer ses besoins de base (alimentaires et autres). Cette « ligne de pauvreté » (*poverty line*) distinguera les pauvres des autres. Chaque pays pratiquement dispose de sa propre ligne de pauvreté, calculée à partir des besoins minimaux requis et des prix et revenus en cours dans le contexte. Dans un souci, louable, de comparabilité dans l'espace et dans le temps, la Banque mondiale propose deux seuils, établis à partir des seuils nationaux convertis en parité de pouvoir d'achat (PPA) : un dollar par jour et deux dollars par jour. Ce niveau sera défini comme la « pauvreté absolue »⁵.

La mesure du niveau de vie

La plupart des enquêtes sociodémographiques ne disposant d'aucune information sur les dépenses ou les revenus des ménages, il est désormais classique de construire un indicateur composite par agrégation de plusieurs variables relatives aux biens possédés par le ménage et/ou aux caractéristiques de son logement. Ces indicateurs ont un caractère multidimensionnel et sont de construction relativement simple⁶. C'est à partir d'une telle démarche que les derniers rapports des enquêtes EDS présentent désormais tous les résultats par quintile de bien-être économique (dénommés le plus pauvre, le second, le moyen, le quatrième et le plus riche), à côté des variables différentielles classiques que sont le milieu d'habitat, l'instruction des mères ou la région de résidence.

5. Par rapport à la pauvreté dite relative, définie comme la proportion de la population qui vit avec moins d'un tiers de la consommation nationale par habitant.

6. Deux problèmes néanmoins conduisent à une certaine diversité et à un relatif arbitraire : quelles variables retenir ? Quel poids accorder à chacune dans l'indicateur ?

Tableau 1. Quelques caractéristiques sociodémographiques des grandes régions du monde vers 2002

Indicateur	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Amérique latine	Asie du Sud	Asie de l'Est	Monde entier
ISF	5,5	3,5	2,6	3,1	1,8	2,7
Espérance de vie	47	66	70	63	69	65
Croissance démographique (%)	2,4	2,0	1,5	1,6	0,8	1,3
IDH	0,468	0,662	0,777	0,582	0,722	0,723
RNB/hab. \$ US PPA	1830	5040	7050	2730	4230	7380
% population avec < 1 \$/jour	46	3	10	31	15	21
Analphabétisme adulte (%)	38	39	11	44	13	-
Source : PNUD (2003) et Banque mondiale (2005).						

Tableau 2. Évolution, de 1981 à 2001, de la proportion (%) de la population vivant avec moins d'un dollar/jour selon la région

Région	1981	1990	1996	2001
Afrique subsaharienne	41,6	44,6	45,6	46,4
Afrique du Nord et Moyen-Orient	5,1	2,3	2,0	2,4
Amérique latine et Caraïbes	9,7	11,3	10,7	9,5
Asie du Sud	51,5	41,3	36,6	31,3
Asie de l'Est	57,7	29,6	16,6	14,9
Total mondial	40,4	27,9	22,8	21,1
% de la population pauvre de l'Afrique subsaharienne dans le total mondial	11	18	25	29
Source : Banque mondiale (2005).				

Une pauvreté universelle mais particulièrement importante en Afrique

Un simple aperçu du tableau 1, qui rassemble divers indicateurs par grande région géographique, confirme le fait connu que le monde dit en développement n'a jamais été aussi hétérogène qu'aujourd'hui, à tous points de vue : démographique (selon la région, la fécondité est de 1,8 à 5,5 enfants par femme, la croissance de 0,8 à 2,4 %), sanitaire (l'espérance de vie va de 47 à 70 ans), éducatif (l'analphabétisme des adultes varie entre 11 et 33 %) et économique (le revenu par tête est compris entre 1230 et 7050 \$ PPA). Au niveau mondial, la grande pauvreté monétaire diminue légèrement depuis une quinzaine d'années, mais elle n'en demeure pas moins l'un des problèmes majeurs de la planète en ce début du XXI^e siècle puisque l'on estime que plus d'un habitant sur cinq (21 %) vit aujourd'hui avec moins d'un dollar par jour. Qui plus est, son intensité varie énormément d'une région à l'autre : touchant en moyenne 3 % seulement de la population de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, elle est déjà de 10 et 15 % en Amérique latine et en Asie de l'Est respectivement, avant d'atteindre 31 % en Asie du Sud et... 46 % en Afrique subsaharienne. Ces moyennes régionales cachent bien sûr des inégalités parfois importantes entre pays d'une même région.

Dans ce bref panorama mondial, l'Afrique au sud du Sahara apparaît comme la région de loin la plus défavorisée, la plus en retard pratiquement sur tous les plans. Les écarts entre l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud, la région que l'on peut considérer comme la plus proche en termes de revenu par habitant ou d'IDH (indice de développement humain), sont dans l'ensemble impressionnants (tableau 1) : 2,4 enfants de plus par femme, 16 années en moins d'espérance de vie, 0,8 point en plus de croissance démographique, 15 points de plus en matière de pauvreté. Seul l'analphabétisme adulte (38 %) y est un peu moins élevé (44 % en Asie du Sud). Dans le classement mondial de l'indice de développement humain du PNUD (2005), 34 des 40 derniers pays appartiennent à l'Afrique subsaharienne. Dans le classement selon le degré de pauvreté, la plupart des pays de la région sont parmi les derniers.

Plus préoccupant encore, les écarts s'accroissent avec le reste du monde, et même quand progrès il y a en Afrique, ils y sont moins rapides qu'ailleurs. Prenons simplement un indicateur, qui vaut ce qu'il vaut : l'évolution de 1981 à 2001 de la grande pauvreté monétaire (tableau 2), mise à jour récemment par la Banque mondiale (2005). Non seulement l'Afrique subsaharienne est de loin aujourd'hui la région la plus pauvre (46 % de la population y vit avec moins d'un dollar par jour), mais la pauvreté y a progressé depuis 1981, alors qu'ailleurs elle a reculé plus ou moins rapidement. En d'autres termes, la part des Africains dans la popu-

lation déshéritée du monde ne fait qu'augmenter depuis 25 ans : 11 % en 1981, 18 % en 1990, 25 % en 1996 et 29 % en 2001, près du tiers peut-être en 2006 pour une région qui ne représente que 11 % de la population mondiale. En nombres absolus pour 2001, 313 millions d'Africains environ vivaient avec moins d'un dollar par jour (46 %), 516 millions avec moins de deux dollars.

Comme dans les autres régions ou pays du monde, la pauvreté économique, jadis essentiellement rurale, gagne peu à peu les villes. Certes les inégalités entre mondes urbain et rural sont toujours là et varient selon les pays, mais dans l'ensemble elles diminuent. En revanche, en matière d'éducation et de santé, les villes, notamment les grandes villes et les capitales, conservent un large avantage sur les campagnes (nous y reviendrons).

Mais venons-en aux relations entre pauvreté et fécondité, en prenant d'abord une vue d'ensemble de la littérature internationale sur cette question avant de se pencher sur l'Afrique de façon plus empirique.

Un aperçu de la littérature des années 1970, 1980 et 1990 sur les relations pauvreté-fécondité

Les relations entre la pauvreté des ménages et leurs comportements démographiques (notamment de fécondité) sont abordées sous deux angles : l'un examine l'impact des caractéristiques démographiques des ménages (fécondité, taille du ménage, etc.) sur leur bien-être économique, éducatif ou sanitaire ; l'autre, que nous retenons ici, examine les conséquences de la pauvreté (ou du niveau de vie) sur les niveaux, calendriers et variables intermédiaires de la fécondité. Sur ce point, le nombre de travaux a sensiblement augmenté depuis 15 ans, mais il reste insuffisant et les synthèses sont assez rares⁷.

Reprenons quelques conclusions d'une large synthèse récente des résultats de recherches consacrées aux relations entre le niveau de vie des ménages et la fécondité dans l'ensemble des pays du Sud (Schoumaker et Tabutin, 2003). Elle est basée sur l'analyse de la plupart des études réalisées entre 1970 et 1998 dans le monde, dans des contextes et à des époques donc diverses, et présente notamment les conclusions suivantes :

7. Pour une « revue des revues » récente concernant les deux grands types de relations, voir T. Merrick (2001). Pour quelques ouvrages collectifs consacrés aux pays du Sud et intégrant (dès le titre) la dimension pauvreté, voir par exemple ceux dirigés par F. Gendreau (1998), N. Birdsall *et al.* (2001), M. Cosio et E. Vilquin (2003), S. Lerner et E. Vilquin (2005).

– Un bilan mitigé en termes de publications. Jusqu'en 1998⁸, peu d'études en définitive ont été spécifiquement consacrées à cette problématique comme très peu d'enquêtes publiaient des résultats selon le niveau de vie ou de bien-être⁹. Le mouvement s'amorce dans les années 1980 et s'accélère dans les années 1990, quand les organismes internationaux et la recherche scientifique « réinvestissent » dans la pauvreté ;

– Une sous-représentation de l'Afrique. La grande majorité des 39 études recensées concernaient l'Asie de l'Ouest et du Sud (dont l'Inde notamment), l'Amérique latine et centrale. L'Afrique au sud du Sahara, la région la plus touchée par la pauvreté, est très en recul (six études, dont deux seulement pour l'Afrique francophone) et l'Afrique du Nord quasiment absente ;

– Une grande variété des indicateurs utilisés, tant pour la mesure de la fécondité (ISF, divers types de parité) que pour celle de la pauvreté (indice de revenus ou dépenses, groupe socio-économique ou indicateurs composites, plus ou moins élaborés, de niveau de vie). Ces différences de méthodologie, toujours d'actualité, tant dans la définition des concepts que dans les outils statistiques utilisés, conduisent à une grande prudence dans les comparaisons internationales ;

– Des relations diversifiées, mais le plus souvent négatives.

B. Schoumaker et D. Tabutin distinguent cinq grands types de relations entre le niveau de vie et la fécondité dans les décennies 1980 et 1990, d'importance statistique variable¹⁰ :

– une absence de relation : un cas peu fréquent, avec 2 pays seulement (milieu rural des années 1980) ;

– une relation plutôt positive : les cas où la fécondité augmente un peu avec le niveau de vie sont beaucoup plus nombreux (8 pays et sociétés rurales des années 1960 et 1970, d'Asie notamment, et tous à très forte fécondité) ;

– une relation légèrement négative : 10 cas au total, regroupant deux situations opposées ; d'un côté on trouve 8 situations, urbaines et rurales, sans transition de fécondité ; de l'autre, 2 situations plus récentes (Maurice et le Maroc urbain du début des années 1990) où la fécondité est nettement plus faible ;

– une relation en J inversé : celle où la fécondité commence par augmenter des classes pauvres aux classes un peu mieux loties, avant de

8. Ce travail mériterait une mise à jour urgente.

9. Les auteurs s'étonnaient d'ailleurs que les rapports des enquêtes EDS ne publient rien par niveau de vie à partir d'un indicateur composite. C'est chose faite depuis 2003.

10. Le nombre de relations observées (47 au total) est supérieur au nombre d'études dépouillées (39), dans la mesure où les auteurs ont repris les données par milieu d'habitat quand elles étaient disponibles.

reculer sensiblement dans les groupes les plus riches ; 6 cas de divers continents, tous à forte fécondité ;

– une relation fortement négative : là, la fécondité recule sensiblement et assez régulièrement avec l'augmentation du niveau de vie ; c'est de loin la situation la plus fréquente, avec 21 cas, qui concernent surtout les années 1980 et 1990, et des pays qui ont amorcé ou déjà bien entamé leur transition de fécondité, ou qui sont déjà bien avancés dans celle-ci.

En définitive, quel bilan en tirer ? On observe bien une diversité de résultats. À des niveaux très élevés de fécondité (5,7 enfants et plus en moyenne), donc dans les sociétés qui globalement n'ont pas amorcé leur transition, les relations sont soit légèrement positives, soit légèrement négatives, soit parfois même en J inversé. Rien de bien clair, donc. En revanche, les sociétés en changement de fécondité (qui ont en moyenne autour de 4,0 enfants par femme) présentent toutes une relation très négative : la fécondité baisse clairement des plus pauvres aux plus riches ; l'intensité du contrôle de la fécondité, dans un premier temps, est liée au niveau de vie (et sans doute au niveau d'instruction, nous y reviendrons). Dans les situations de faible fécondité, il y a soit un maintien, soit un recul des inégalités. Ainsi, en dehors de situations anciennes (années 1960 et 1970) où la relation est plutôt positive et de quelques cas en J inversé, la pauvreté semble bien conduire le plus souvent à une fécondité plus élevée. Nous n'entrerons pas ici dans les tentatives d'explication de chacune de ces relations (voir Schoumaker et Tabutin, 2003). Qu'en est-il dans le monde d'aujourd'hui avec des données un peu plus récentes ?

Quelques données sur les années 2000

Le tableau 3 présente les niveaux de la fécondité et de la pratique contraceptive moderne, vers 2004, selon l'instruction des mères et le bien-être économique des ménages pour 9 pays dans le monde, à contextes politiques, économiques et démographiques très différents : le Maroc et l'Égypte pour l'Afrique du Nord, la Bolivie et la Colombie pour l'Amérique latine, le Bangladesh et les Philippines pour l'Asie, et le Ghana, le Kenya et Madagascar pour l'Afrique subsaharienne. Les données sont tirées des enquêtes EDS les plus récentes, et sont, nous l'avons dit, désormais publiées par quintile de bien-être économique.

Globalement, et sans surprise en l'état actuel des connaissances, il s'avère que dans les 9 pays, plus l'instruction des mères ou le niveau de vie sont élevés, plus la fécondité est basse et les pratiques contraceptives modernes répandues. En d'autres termes, les inégalités sociales et socio-

économiques sont là, quel que soit l'état d'avancement du pays dans sa transition démographique.

Néanmoins, l'intensité de ces inégalités varie sensiblement d'un groupe de pays à un autre. Pour simplifier l'analyse, prenons simplement comme indicateur les différences entre groupes extrêmes : les « secondaire et plus » par rapport aux « illettrés » pour l'instruction, les 20 % les plus riches par rapport aux 20 % les plus pauvres pour le niveau de vie. Dans les 3 pays africains qui, par rapport aux autres, sont encore en début de transition, les différences de fécondité entre extrêmes vont de 1 à environ 3,5, tandis que les différences en matière de contraception y sont nettement supérieures (de 1 à 5). En Bolivie et aux Philippines, deux pays déjà plus avancés dans leur transition (avec respectivement 3,5 et 3,8 enfants par femme au niveau national), les inégalités sont un peu plus prononcées : les groupes des ménages les plus pauvres ont encore des fécondités quasi naturelles (6 enfants ou plus par femme), tandis que les 20 % les plus riches ont atteint le niveau de remplacement.

Les 2 pays les plus avancés (le Maroc et la Colombie), qui ont une même fécondité (2,5 enfants par femme), sont dans des situations un peu différentes. D'un côté, le Maroc (comme l'Égypte d'ailleurs, à un niveau de fécondité un peu supérieur) se caractérise par des disparités aujourd'hui atténuées : les fécondités extrêmes vont en 2004 de 1,9 à 3,3 enfants selon le niveau de vie, de 1,8 à 3,0 enfants selon l'instruction, avec des prévalences contraceptives qui sont toutes au-delà de 50 %. Contraception et mariage tardif de la femme pénètrent peu à peu l'ensemble de la société marocaine. De l'autre côté, la Colombie, dont les deux tiers de la population vivent sous le seuil de pauvreté : les inégalités y sont d'une tout autre ampleur.

En définitive, disons simplement que la pauvreté (économique et culturelle) correspond partout et toujours à de plus fortes fécondités, mais que son impact positif, autrement dit l'importance des inégalités, peut sensiblement varier d'un pays à un autre, en fonction du stade atteint dans le processus général de la transition, des systèmes de santé et des politiques de planification familiale mises en place, et aussi de l'évolution de la nuptialité dans les différents groupes sociaux¹¹.

11. L'augmentation de l'âge au 1^{er} mariage peut être aussi un élément clé du recul de la fécondité générale. C'est le cas depuis 25 ans dans les 3 pays du Maghreb, par exemple.

Tableau 3. Indices synthétiques de fécondité et % des femmes en union qui utilisent une méthode contraceptive moderne selon leur niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage – 9 pays classés selon leur niveau de fécondité vers 2004

Pays et année d'enquête	Total	Niveau d'instruction (1)			Quintile de bien-être économique (2)					% de population très pauvre (3)
		A	B	C	1	2	3	4	5	
MAROC (2004)										
- ISF	2,5	3,0	2,3	1,8	3,3	3,1	2,5	1,8	1,9	19
- Contraception (%)	55	54	57	56	50	55	55	55	57	
- % de femmes	100	50	20	30	18	19	20	21	22	
COLOMBIE (2005)										
- ISF	2,5	4,5	3,4	2,0	4,1	2,8	2,4	1,8	1,4	64
- Contraception (%)	68	57	68	68	60	67	69	72	72	
- % de femmes	100	3	27	70	16	19	21	22	22	
ÉGYPTE (2005)										
- ISF	3,2	3,8	3,3	3,0	3,6	3,3	3,3	3,0	2,6	17
- Contraception (%)	57	52	60	58	50	54	57	60	60	
- % de femmes	100	35	15	60	18	19	20	22	21	
BANGLADESH (2004)										
- ISF	3,0	3,6	3,1	2,4	4,0	3,2	3,0	2,3	2,5	50
- Contraception (%)	47	48	46	48	45	48	47	47	50	
- % de femmes	100	41	29	30	19	20	20	20	21	
PHILIPPINES (2003)										
- ISF	3,5	5,3	4,4	2,7	5,9	4,6	3,5	2,8	2,0	37
- Contraception (%)	33	12	32	34	24	34	36	38	36	
- % de femmes	100	2	23	75	16	18	20	22	24	
BOLIVIE (2003)										
- ISF	3,8	6,8	4,9	2,4	6,7	5,0	4,0	2,9	2,0	63
- Contraception (%)	35	18	30	70	23	28	32	42	49	
- % de femmes	100	6	47	47	15	17	20	23	25	
GHANA (2003)										
- ISF	4,4	6,0	4,5	2,5	6,4	5,9	4,9	3,3	2,8	39
- Contraception (%)	19	11	22	28	9	19	19	21	26	
- % de femmes	100	28	20	52	17	17	19	22	25	
KENYA (2003)										
- ISF	4,9	6,7	5,5	3,2	7,6	5,8	5,1	4,0	3,1	52
- Contraception (%)	32	8	29	52	12	24	33	41	45	
- % de femmes	100	13	58	29	17	18	18	21	26	
MADAGASCAR (2004)										
- ISF	5,2	6,6	5,7	3,4	6,6	6,4	6,0	5,0	3,0	71
- Contraception (%)	18	5	19	28	7	11	18	23	30	
- % de femmes	100	22	47	31	21	15	18	19	26	

Sources : Les rapports nationaux des dernières enquêtes EDS.
 1) A = illettré, B = primaire, C = secondaire et plus.
 2) 1 = le plus pauvre, 2 = second, 3 = moyen, 4 = quatrième, 5 = le plus riche.
 3) Proportion de la population du pays vivant sous le seuil national de pauvreté monétaire vers 1998 (PNUD, 2005).

Les relations pauvreté-fécondité en Afrique au sud du Sahara

Les transitions de la fécondité s'amorcent en Afrique au sud du Sahara, mais plus ou moins rapidement selon les régions, les pays ou les milieux d'habitat¹². Dans la mesure où dans la plupart des pays la pauvreté (monétaire et autre) touche une grande partie des populations et ne recule guère, les liens actuels ou prévisibles entre la fécondité et le

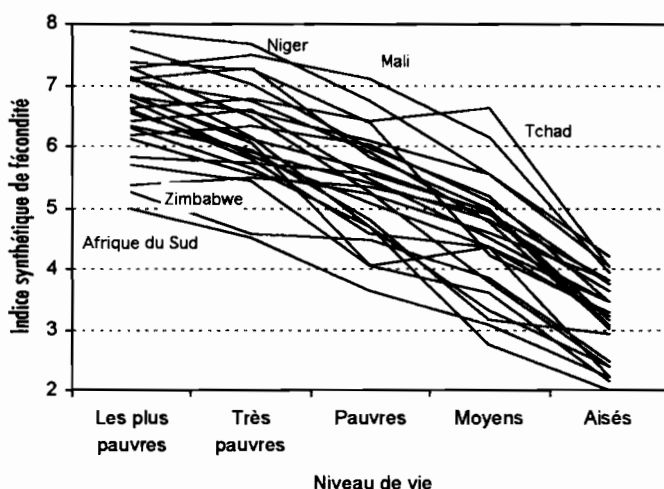
12. Pour une synthèse récente sur l'ensemble des 50 pays, voir D. Tabutin et B. Schoumaker (2004).

niveau de vie sont d'une importance notable pour l'avenir démographique de la région. Y a-t-il eu des changements entre les années 1980 et 1990 ? Quelle est la situation récente ? Nous nous appuyerons sur le vaste travail récent de B. Schoumaker (2004) sur l'Afrique, le plus complet à ce jour dans le domaine. Par ailleurs, dans le tableau annexe 1, nous avons rassemblé les données les plus récentes (enquêtes EDS datant de 2003, 2004 et 2005) sur 9 pays de la région par milieu d'habitat, niveau d'instruction des mères et quintile de niveau de vie des ménages. Y figurent le niveau de la fécondité, la fécondité adolescente, la prévalence contraceptive moderne, la mortalité de 0 à 5 ans et le niveau de malnutrition des enfants.

La situation vers 2000

Les figures 1, 2 et 3 présentent les relations entre le niveau de vie des ménages (cinq grands groupes) et, respectivement, la fécondité, la prévalence contraceptive moderne et l'âge moyen au premier mariage dans les 25 pays retenus par B. Schoumaker¹³.

Figure 1. Fécondité par catégorie de niveau de vie dans 25 pays d'Afrique subsaharienne vers 2000



13. Ces données proviennent toutes des enquêtes EDS effectuées entre 1991 et 2002. Elles concernent une grande diversité de pays, des plus pauvres (Niger, Tchad) aux plus riches (Afrique du Sud, Gabon).

Figure 2. Prévalence contraceptive moderne par catégorie de niveau de vie dans 25 pays d'Afrique subsaharienne vers 2000

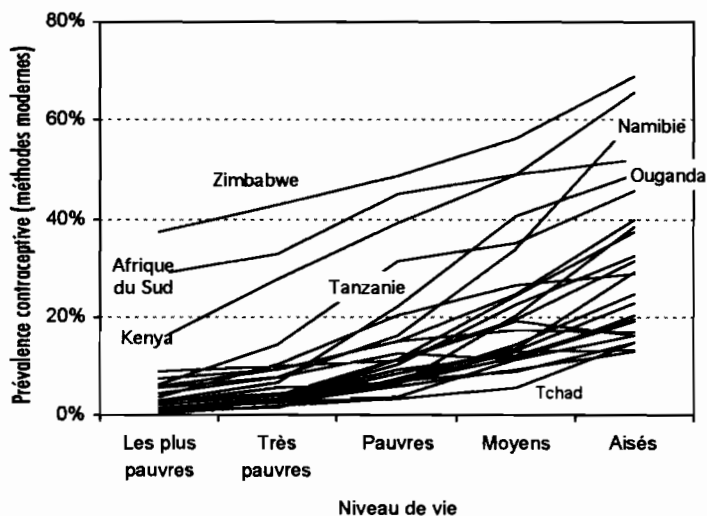
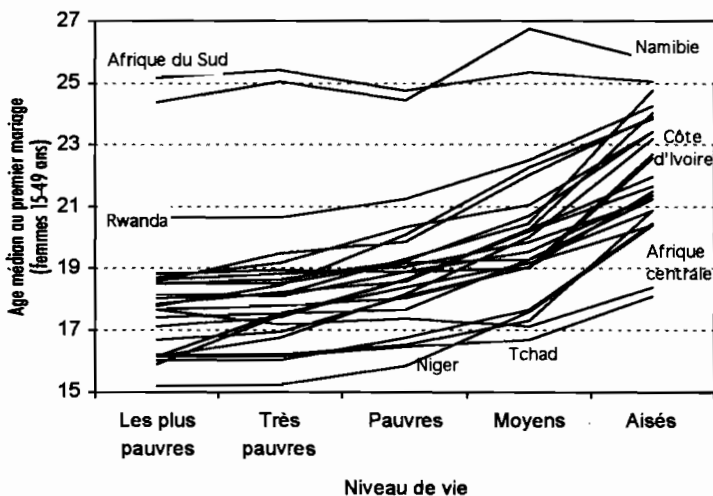


Figure 3. Âge médian au premier mariage par catégorie de niveau de vie dans 25 pays d'Afrique subsaharienne vers 2000



Source de ces 3 graphiques : B. Schoumaker (2004).

Dans pratiquement tous les pays, la fécondité (figure 1) baisse avec l'augmentation du niveau de vie, avec à un extrême les femmes les plus pauvres qui partout ont au-delà de 5 ou souvent de 6 enfants, et de l'autre les femmes des ménages les plus aisés qui ont autour de 3,5 enfants en moyenne. Néanmoins, quelques nuances sont à apporter à cette relation globalement négative. D'abord, le seuil de niveau de vie à atteindre pour voir baisser la fécondité varie selon les pays : dans une dizaine d'entre eux il faut attendre la 3^e catégorie, et même aller jusqu'au groupe des « aisés » au Tchad. Par ailleurs, à chaque niveau de vie on observe une forte variabilité de la fécondité entre pays, de l'ordre souvent de 2,5 enfants par femme. Enfin, confirmant en quelque sorte les conclusions de notre point précédent, la fécondité des classes pauvres a déjà reculé dans les pays les plus avancés en matière de transition (Afrique du Sud, Zimbabwe, Ghana, Kenya).

La pratique contraceptive moderne, une variable intermédiaire essentielle de la fécondité, est elle aussi associée au niveau de vie (figure 2), mais selon un modèle différent de celui de la fécondité. En dehors des 3 pays avancés dans leur transition (Zimbabwe, Afrique du Sud et Kenya), dans les 22 autres les comportements contraceptifs des groupes sociaux les plus pauvres s'avèrent très homogènes, avec très peu de pratiques modernes (autour de 5 %). Mais l'hétérogénéité entre pays s'accroît rapidement avec l'augmentation du niveau de vie, pour finalement aboutir à des différences très importantes chez les « plus aisés », où les prévalences vont de 13 % seulement en Guinée à 70 % au Zimbabwe. Elles sont plus élevées parmi les pauvres d'Afrique australe que parmi les « aisés » de la plupart des autres pays. En d'autres termes, au vu de ces résultats, « même si la pauvreté constitue un frein à l'adoption de la contraception, elle ne semble pas constituer un obstacle infranchissable » (Schoumaker, 2004 : 25), de même qu'actuellement en Afrique un bon niveau de vie ne conduit pas encore nécessairement à une forte volonté de contrôle de la fécondité.

Globalement, l'âge au premier mariage des femmes, autre variable intermédiaire importante, est lui aussi associé (positivement) au niveau de vie (figure 3). Comme pour la fécondité, il y a une certaine variabilité entre pays à chaque niveau de vie, mais pratiquement partout les femmes pauvres se marient toujours très jeunes (autour de 17 ans d'âge médian). Il faut atteindre les classes moyennes et surtout aisées pour le voir sensiblement augmenter (autour de 19 et de 22 ans respectivement). À ce modèle quasi général, trois cas particuliers : celui du Rwanda où de tout temps on s'est marié beaucoup plus tard, et ceux de l'Afrique du Sud et de la Namibie où l'âge au mariage est très élevé dans l'ensemble des groupes sociaux (autour de 25 ans).

Dans son analyse du poids respectif de la contraception et de l'âge au mariage dans les différences de fécondité entre niveaux de vie¹⁴, B. Schoumaker (2004 : 28-29) arrive à la conclusion que dans l'évolution récente des différentiels de fécondité selon le niveau de vie, « aucun des deux facteurs n'apparaît clairement dominant en Afrique ». Dans une dizaine de pays, les différences d'âge au mariage entre groupes ont davantage de poids que la contraception ; dans quelques-uns (Cameroun, Sénégal, etc.), l'âge au mariage et la contraception évoluent de façon identique avec le niveau de vie ; dans d'autres (Afrique du Sud, Namibie et Ouganda), la contraception l'emporte.

Mais le niveau de vie des ménages n'est pas sans relation avec leur niveau d'instruction ou leur milieu d'habitat. Le contrôle de ces deux grands déterminants de la fécondité par B. Schoumaker ne réduit en moyenne que d'un tiers les différences de fécondité entre les plus pauvres et les plus riches. Le niveau de vie économique garde donc un rôle important, même si celui-ci varie quelque peu d'un pays à un autre.

Des changements des années 1980 aux années 1990 ?

La plupart des pays africains ont connu une grave récession économique dans les années 1980 et 1990, suite à la mise en place de plans successifs d'ajustement structurel, à diverses dévaluations au début des années 1990, à la privatisation progressive de secteurs ou d'entreprises... Dans l'ensemble, il en a résulté une croissance du chômage (des jeunes notamment), une augmentation des coûts de l'éducation et de la santé, un recul des niveaux de vie des familles (y compris des classes moyennes urbaines) et une aggravation de l'insécurité et de la vulnérabilité d'une grande partie des populations¹⁵. Cela a-t-il conduit à des changements de comportements différents entre groupes socio-économiques en matière de fécondité ? Les classes les plus aisées ont-elles réagi différemment des classes les plus pauvres ?

Nous reprenons encore une fois quelques résultats de l'étude de B. Schoumaker (2004). Après sélection de 8 pays qui en sont à des stades différents de la transition, l'auteur a calculé puis comparé les fécondités par grands groupes de niveaux de vie (les mêmes qu'en figures 1, 2 et 3), déclarées aux deux dernières enquêtes EDS (figure 4). La première datant de la fin des années 1980 ou du début des années 1990, et la seconde de la fin des années 1990, on couvre ainsi la période de la crise peut-être la

14. Analyse faite à partir des indices de J. Bongaarts.

15. Voir par exemple l'ouvrage collectif dirigé par J. Coussy et J. Vallin (1996).

plus aiguë. Dans les années 1990, certains de ces pays (Kenya et Ghana) ont connu des baisses importantes de leur fécondité, d'autres (Cameroun et Togo) des baisses notables, tandis que le Burkina Faso et le Niger sont les seuls à n'enregistrer aucun changement.

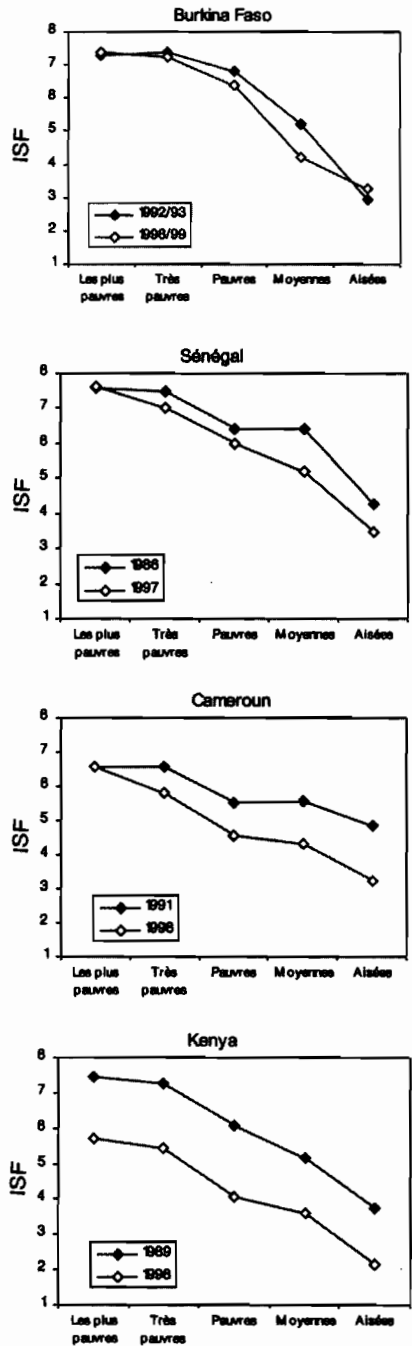
Les résultats diffèrent sensiblement selon le type de pays. Dans ceux qui ne connaissent pas de changement de fécondité au niveau national (Niger et Burkina Faso) ne surviennent que de légères baisses dans les classes moyennes et aisées qui ont un faible poids dans la population totale. En revanche, dans les pays en début de transition (Sénégal, Togo et Cameroun), si la fécondité se maintient parmi les plus pauvres, elle baisse ensuite d'autant plus vite que le niveau de vie s'élève. Enfin, dans les pays les plus avancés dans leur transition (dès le début des années 1990), comme le Kenya et le Ghana qui ont clairement mis en place une politique de population, les reculs de la fécondité et l'extension de la contraception touchent l'ensemble des groupes économiques, autrement dit ne dépendent guère ou beaucoup moins du niveau de vie¹⁶. Le Zimbabwe, lui, n'a pratiquement pas connu de changement sur la période récente (et courte) 1994-1999. Finalement, selon B. Schoumaker (2004 : 35), dans l'ensemble « ces changements de fécondité sont davantage liés à l'augmentation de la pratique contraceptive qu'à l'âge au mariage » et « ces changements au sein des catégories de niveau de vie ne s'expliquent pas, ou très peu, par des changements de l'instruction et du milieu de résidence ».

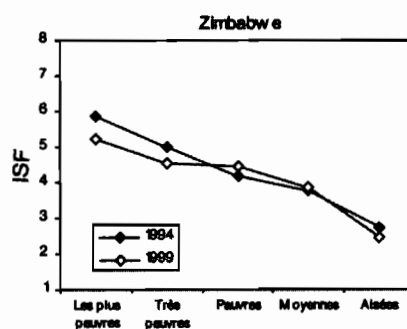
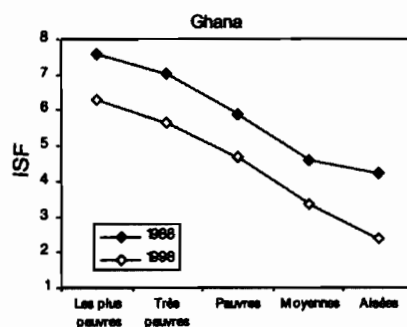
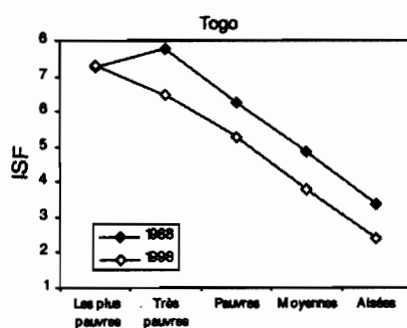
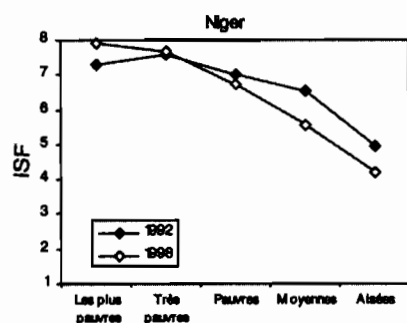
En Afrique comme ailleurs le plus souvent dans les années 1970 et 1980, le contrôle de la descendance chez les couples commence dans les groupes sociaux culturellement ou économiquement les plus aisés. L'Afrique subsaharienne est encore loin de ce que d'aucuns dénomment « le malthusianisme de pauvreté » (nous y reviendrons rapidement).

Resituons ces résultats dans un bref historique des transitions en Afrique, avec un retour aux théories, avant de donner les éléments explicatifs possibles de cette surfécondité des populations les plus pauvres.

16. Les classes aisées de ces pays ont néanmoins connu le déclin relatif le plus important.

Figure 4. Changements de fécondité par niveau de vie dans 8 pays d'Afrique subsaharienne, années 1980 et 1990





Source : B. Schoumaker (2004).

Bilan des transitions africaines et retour aux théories

L'Afrique subsaharienne demeure bien, et de loin, la région la plus féconde du monde (avec près de 5,2 enfants par femme vers 2005), mais l'image d'une Afrique homogène, résistante au changement, sans reculs tangibles de fécondité relève désormais du passé. Depuis une bonne quinzaine d'années en effet, toutes les synthèses successives, qui s'appuient sur de plus en plus d'enquêtes et de pays, confirment une extension peut-être lente et diversifiée mais progressive des transitions de la fécondité générale dans divers pays, régions ou milieux d'habitat du continent.

Dans les années 1980, on soulignait certes déjà une certaine hétérogénéité entre pays, mais on en était encore surtout à discuter des augmentations de la fécondité que nombre d'entre eux venaient de connaître, et on ne citait guère que le Zimbabwe¹⁷ comme pays en réelle transition (Page, 1988). Dès le début des années 1990, avec les résultats des premières enquêtes EDS, on y ajoutera – avec prudence parfois – le Botswana, le Ghana, le Kenya et le Sénégal (Van de Walle et Foster, 1990). Depuis, la liste des pays s'allonge peu à peu avec, à côté des pays précurseurs, la Côte d'Ivoire, le Swaziland, le Rwanda, le Soudan ou la Namibie, et aussi parallèlement un bon nombre de pays sans changement notable. L'Afrique connaît aujourd'hui une grande diversité de situations de fécondité, que les auteurs de synthèses récentes essayent de clarifier en classant le plus souvent les pays en 4 ou 5 catégories selon l'intensité ou le rythme de recul de la fécondité, et en déterminant ainsi l'état de leur transition (Tabutin, 1997 ; Cohen, 1996 ; Kirk et Pillet, 1998 ; Tabutin et Schoumaker, 2004).

Au niveau macro, celui des pays, l'Afrique subsaharienne a plutôt suivi le modèle classique de la transition démographique des années 1960 aux années 1990 (Locoh, 1995 ; Cohen, 1996 ; Tabutin, 1997) : ce sont les pays les plus avancés en matière de développement économique, éducatif ou sanitaire, les mieux placés sur l'échelle du développement humain, qui ont connu les reculs les plus précoces et rapides de leur fécondité.

Au niveau régional, une analyse spatiale assez récente menée sur 172 régions de 32 pays (Tabutin et Schoumaker, 2001) confirme globalement ce résultat, tout en dégagant encore la grande diversité des situations¹⁸.

17. En dehors bien sûr de l'île Maurice et de l'Afrique du Sud sur lesquelles on avait peu d'informations, mais dont on sait aujourd'hui que la fécondité recule depuis les années 1970.

18. Dans leur classification basée à la fois sur le niveau récent de la fécondité, l'ancienneté et le rythme des changements, les auteurs distinguent cinq grands groupes de régions selon l'état de la transition : les transitions anciennes et très avancées (14 régions), les transitions récentes et avancées (19 régions), les transitions modérées mais rapides (14 régions), les transitions timides (67 régions) et les sans-transition (37 régions). Les deux derniers groupes représentent près de 60 % du total des régions.

Parmi les diverses variables « explicatives » des différences régionales de fécondité, c'est le développement sanitaire qui présente – de loin – la meilleure association avec la fécondité du moment, suivi à égalité du développement économique et du développement éducatif, puis de l'urbanisation. Par ailleurs, trois autres conclusions émergent d'une analyse diachronique complémentaire menée par les auteurs sur les régions de 8 pays¹⁹ : le rôle de l'instruction est plus important aujourd'hui qu'hier, autrement dit la fécondité commence à reculer à des niveaux plus faibles d'éducation ; les reculs de la mortalité des enfants ne s'accompagnent de déclin de fécondité qu'à partir d'un certain seuil ; les relations entre mortalité et fécondité semblent dans les années 1990 perturbées par les stagnations et augmentations de la mortalité.

Au niveau individuel, celui des familles et des individus, la plupart sinon toutes les études concluent au rôle primordial dans la fécondité et la contraception du milieu d'habitat et de l'instruction des mères, ainsi que du niveau de vie des ménages comme nous l'avons vu précédemment. Jusqu'à présent (mais qu'en sera-t-il à l'avenir ?), les changements de fécondité se font essentiellement par la ville, une augmentation de l'éducation et du niveau de vie²⁰, des résultats sur les années 1980 et 1990 quasi conformes à la théorie de la transition démographique.

Dans son étude sur l'effet des crises africaines des années 1980 et 1990 sur la fécondité, P. Vimard (1996) concluait sur la situation spécifique de l'Afrique par rapport à l'Amérique latine, et nous ajouterons à certains pays aussi pauvres d'Asie (le Bangladesh par exemple). Voici ce qu'il écrivait en 1996 :

« Les effets de la crise doivent également être appréciés par groupes socio-économiques et, à ce titre, on est frappé en Afrique par le contraste entre le renforcement des comportements de transition que la crise semble provoquer dans les classes élevées et le renforcement des freins à l'utilisation de la contraception pour les plus pauvres. Cette situation diffère de celle de l'Amérique latine où la transition de la fécondité, amorcée et développée dans une période de croissance économique, a été amplifiée et s'est étendue à de nouvelles couches de la population avant la crise. Mais cette émergence dans les pays latino-américains d'un "malthusianisme de pauvreté", selon l'expression de Maria-Eugenia Cosio-Zavala, s'inscrit dans le contexte d'un développement préalable, notamment sanitaire, et

19. Il s'agissait de la comparaison de résultats d'enquêtes EDS menées à 9 ou 10 ans d'intervalle, de la fin des années 1980 ou du tout début des années 1990 à la fin des années 1990. Les 8 pays considérés étaient les suivants : le Burkina Faso, le Cameroun, le Ghana, la Guinée, le Kenya, le Sénégal, le Togo et le Zimbabwe.

20. Avec néanmoins un poids variable de ces trois grands déterminants selon les pays dans les analyses multivariées.

d'une offre abondante de moyens contraceptifs. En Afrique, au contraire, en période de difficultés socio-économiques, dans un contexte de moindre accessibilité aux méthodes contraceptives, les groupes ajustent de manière divergente leur fécondité : les plus démunis réduisent moins leur fécondité que les plus favorisés dans les pays où la transition est bien amorcée ; ils tendent à la relever alors que les plus favorisés commencent à la réduire dans les pays où la transition n'est pas entamée. »

Ces constats nous semblent, à quelques nuances près, toujours d'actualité. L'avenir des transitions de la fécondité en Afrique repose sur les comportements, les attitudes et pratiques des populations largement majoritaires un peu partout que constituent les groupes sociaux les plus défavorisés, les plus pauvres, les plus marginalisés ou dominés.

Globalement²¹ dans la littérature, deux grands courants s'opposent sur les liens entre pauvreté et fécondité et donc sur le futur des transitions. Le premier courant, dans une approche plutôt économique, postule que le maintien d'une fécondité élevée est une réponse rationnelle à la pauvreté ; le déclin ne surviendra dans ces populations pauvres que lorsque leurs conditions de vie s'amélioreront sensiblement. C'est la position, par exemple, de N. Birdsall (1980), qui écrivait :

« High fertility in poor families does not reflect irrational decisions on the part of poor parents, even though it reduces family resources per capita in the short run. On the contrary, it can reflect reasonable decisions on their part – to ensure greater future family income once children start working, or to ensure their own security in old age via support from their children [...]. It may also reflect parent's decisions to enjoy children rather than other forms of consumption. »

Le second courant, que l'on qualifie fréquemment de diffusionniste, repose au contraire sur l'idée que les nouvelles normes, valeurs et technologies, propres dans un premier temps à la ville et aux groupes les plus privilégiés, se répandront peu à peu, plus ou moins rapidement dans tous les groupes sociaux, quel que soit leur statut économique. La pauvreté n'est plus alors un obstacle majeur à la transition de la fécondité et à la pratique de la contraception. On est proche ici de l'idée de malthusianisme de pauvreté, ou de transition engendrée par la misère et la crise. Diverses expériences en Amérique latine ou en Asie ont conforté cette approche.

Venons-en finalement aux facteurs qui, en Afrique, permettent de comprendre le maintien d'une forte fécondité parmi les populations pauvres, majoritaires rappelons-le dans la plupart des pays.

21. Nous ne ferons pas ici un tour d'horizon complet des diverses théories de la fécondité.

Quelques éléments explicatifs de la forte fécondité des populations pauvres

La diversité des contextes, des cultures et des situations économiques est telle, en Afrique comme ailleurs, que nous nous en tiendrons à des considérations plutôt générales. D'une part, le comment : quels sont les facteurs proches (ou variables intermédiaires) qui conduisent les femmes ou les ménages pauvres à avoir une forte fécondité, une fécondité en tout cas nettement supérieure aux autres ? D'autre part, le pourquoi : quels en sont les facteurs lointains, disons explicatifs²² ?

Les facteurs proches ou variables intermédiaires

Certaines des variables classiquement distinguées dans la littérature peuvent avoir un effet négatif sur la fécondité des populations pauvres, d'autres un effet positif. Certaines sont bien documentées, d'autres beaucoup moins.

Plusieurs facteurs peuvent, en l'absence même de contraception, constituer un frein à la capacité de reproduction dans ces groupes sociaux : en relation avec l'état nutritionnel par exemple, un âge à la puberté un peu plus tardif et un âge à la ménopause plus précoce (variables empiriquement peu documentées et sans doute peu déterminantes) ; en relation avec l'activité économique des femmes, une mortalité intra-utérine plus élevée, des stérilités primaires mais surtout secondaires plus importantes ; en relation avec le poids des traditions, des durées d'allaitement ou surtout d'abstinence sexuelle post-partum plus longues (des faits bien documentés avec les enquêtes EDS) ; des ruptures d'union (par veuvage et divorce) plus fréquentes, suite à des mortalités adultes plus élevées et des rapports de genre plus défavorables aux femmes²³.

En revanche, quatre facteurs contribuent à la surfécondité des ménages les plus pauvres, tous bien documentés et dont on présente quelques résultats sur 11 pays en tableau annexe 1 : une activité sexuelle et une fécondité sensiblement plus précoces ; un âge au mariage ou à l'union nettement plus jeune ; une mortalité des enfants de deux à trois fois supérieure à celle des groupes plus aisés, conduisant à un rétrécissement des intervalles entre naissances (par arrêt de l'allaitement et de l'abstinence) et à un effet de remplacement ; et enfin et peut-être surtout une très faible pratique de la

22. Pour plus de détails, voir par exemple B. Schoumaker (1998) et T. Merrick (2001).

23. Nous pourrions également ajouter parmi les facteurs éventuels une moindre fréquence des rapports sexuels (migrations temporaires d'un époux, rapports affectifs entre époux). Quant au rôle différentiel de l'avortement, notamment en ville, il demeure peu connu.

contraception moderne parmi les classes sociales les plus déshéritées, notamment en milieu rural et parmi les illettrés.

Les variables essentielles de différenciation étant encore en Afrique l'âge d'entrée en union, la mortalité des enfants et la contraception, le jeu combiné de ces diverses variables conduit, nous l'avons vu, à une fécondité sensiblement supérieure des populations les plus pauvres et souvent même à un maintien de leur fécondité.

Les facteurs lointains ou explicatifs de la demande d'enfants

Une large gamme d'éléments explicatifs sont envisagés et débattus dans la littérature théorique ou plus empirique selon, rappelons-le, deux grandes perspectives (voir par exemple Schoumaker, 1998) : l'une repose sur l'idée que cette surfécondité des pauvres provient essentiellement d'un manque de connaissances ou d'accès aux méthodes contraceptives, ainsi que d'une certaine irrationalité (économique) ou fatalisme dans les comportements. L'autre postule, au contraire, que le fait d'avoir de nombreux enfants est un des éléments rationnels qui entrent dans une stratégie (réfléchie) de vie ou de survie des ménages à court et moyen termes. Centrons-nous sur ce deuxième postulat, c'est-à-dire sur la demande d'enfants dans le contexte africain.

Nombre d'auteurs, auxquels nous nous rattachons, s'accordent aujourd'hui à dire que si les populations les plus déshéritées sur les plans économique et culturel ont de nombreux enfants et recourent peu au contrôle de fécondité, c'est *à la fois* parce qu'ils sont pauvres *et* parce qu'ils essaient d'échapper à la pauvreté, au moins d'améliorer leur situation économique et de sécuriser leur avenir.

Dans des contextes nationaux ou plus locaux de crises, de vulnérabilité et d'insécurité économiques permanentes des ménages, les enfants présentent peut-être plus d'avantages que d'inconvénients, « rapportent » finalement plus qu'ils ne coûtent²⁴. On retrouve ici la plupart des éléments sur la place et le rôle de l'enfant dans les pays ou les groupes sociaux les plus pauvres et les moins intégrés à « la modernité culturelle et sociale » :

- l'enfant source de revenus immédiats, directs ou indirects, par son travail domestique ou à l'extérieur (aussi minime soit son « salaire »), qui contribue ainsi à la survie économique des ménages ;
- l'enfant assurance vieillesse, qui constitue pour les parents (et notamment les femmes) une sorte d'investissement et de sécurité pour leurs

24. Une approche voisine de celle de J. Caldwell sur « les flux de richesses » entre parents et enfants ou de R. Lesthaeghe sur « les flux de soutien ».

vieux jours, dans des contextes sans protection sociale et à forte mortalité infanto-juvénile²⁵, avec là souvent une préférence pour les garçons ;

- l'enfant élément de la diversification des activités, un facteur (parmi d'autres) de la minimisation des risques financiers et économiques dans une stratégie de survie familiale ;

- l'enfant signe de prestige ou de réussite sociale pour l'homme ou la femme dans les contextes (nombreux en Afrique) où la grande famille est toujours la norme socialement valorisée ;

- le coût relativement faible de l'enfant, notamment en milieu rural, là où il travaille et n'est guère scolarisé, ni « soigné ». Avec aussi, en Afrique de l'Ouest en particulier, la pratique des enfants confiés, qui constitue une décharge relative pour les parents biologiques ;

- la mortalité élevée aux jeunes âges, aux niveaux macro et micro, est l'un des principaux déterminants dans l'explication des fécondités africaines, notamment parmi les populations les plus défavorisées. Elle représente un élément important d'incertitude pour l'avenir, qui renforce ainsi les effets d'assurance et de remplacement, et donc la demande d'enfants.

Tous ces arguments²⁶ en faveur d'une fécondité élevée des pauvres sont bien sûr à relativiser, et ils le sont dans la littérature, selon les périodes, les contextes, les cultures et les milieux d'habitat. Dans les villes d'Afrique par exemple, il n'est pas exclu que l'on voie peu à peu apparaître ou se renforcer un « malthusianisme de pauvreté », un processus selon lequel les classes sociales les plus marginalisées se mettent à contrôler leur descendance sous la contrainte du coût de la vie (logement, chômage, éducation, santé notamment), dans le cadre aussi d'une individualisation des comportements économiques, sociaux et familiaux ou d'une remise en cause progressive des idéologies traditionnelles. Mais le déclenchement et le rythme de ce nouveau modèle ou de cette nouvelle phase de la transition dépendront aussi de la disponibilité et de l'accès aux méthodes contraceptives modernes, autrement dit des politiques de santé mises en place ou privilégiées pour les populations les plus pauvres ou marginalisées.

25. Il faudra 5 ou 6 enfants pour que 2 ou 3 d'entre eux soient encore en vie quand leurs parents atteindront les 60 ou 65 ans.

26. Et il en est d'autres, comme la faible instruction ou le statut médiocre des femmes dans les ménages les plus pauvres.

Les priorités de recherche sur l'Afrique

La connaissance des relations, des liens complexes entre la pauvreté et la fécondité, ou plus largement la santé de la reproduction, progresse dans le monde, mais elle est loin d'être parfaite, notamment en Afrique subsaharienne, région la plus touchée, et de loin, par la pauvreté, où les rythmes des transitions démographiques de demain dépendront en grande partie des comportements des 40 à 60 % (selon les pays) des ménages les plus déshérités. Comme dans le reste de ce chapitre, nous nous en tiendrons aux relations pauvreté-fécondité²⁷ et aux travaux menés ou susceptibles d'être menés par les démographes. Ces priorités de recherche sont présentées sous forme de brèves recommandations.

Accentuer la recherche

Cette recommandation peut paraître triviale, mais si le nombre d'études sur les impacts démographiques de la pauvreté croît sensiblement dans le monde, l'Afrique (au sud comme au nord du Sahara) prend du retard, nous semble-t-il, par rapport à l'Amérique latine et à l'Asie²⁸, vu notamment l'importance et la spécificité sans doute des problèmes actuels et à venir. Création de groupes de travail spécifiques au sein de l'UIESP²⁹ ou d'associations autres, de réseaux internationaux (de haute compétence scientifique) ? Davantage de financements ciblés d'organismes internationaux, de fondations, de ministères, etc. ? Davantage de priorités clairement affichées dans ce champ par des institutions nationales françaises ou francophones, comme l'IRD, l'INED, les universités de Montréal et de Louvain, l'IFORD (Cameroun) ?

Élargir le champ de la recherche

Trop de recherches se cantonnent encore dans l'étude différentielle de la fécondité (ISF ou parité) en fonction du niveau de vie. C'est une approche descriptive indispensable mais tout à fait insuffisante pour la

27. Pour une vision beaucoup plus large des relations entre pauvreté et santé de la reproduction, voir par exemple l'ouvrage collectif récent dirigé par S. Lerner et E. Vilquin (2005).

28. À ce propos, une mise à jour de la revue de la littérature faite par B. Schoumaker en 1998 serait la bienvenue.

29. Qui a déjà un panel sur la population et la pauvreté (2004-2007).

compréhension des relations³⁰. On pourrait élargir plus systématiquement à l'ensemble des variables intermédiaires, moyen d'intégrer davantage la mortalité des enfants et l'avortement, travailler plus fréquemment sur des sous-populations (les jeunes bien sûr, mais aussi les femmes ou les hommes plus âgés, des groupes socioprofessionnels) plutôt que se limiter à la dichotomie urbain/rural.

Introduire les approches qualitatives et contextuelles

Comme pour les autres domaines de la démographie, la compréhension et l'explication requièrent d'autres approches que le seul quantitatif. Les approches qualitatives (de l'entretien semi-directif ou du *focus group* au récit de vie) sont incontournables pour l'étude des perceptions, des attitudes, des satisfactions, des désirs... Elles requièrent d'autres compétences que celles du démographe classique.

Diversifier les sources de données

La très grande majorité des études menées dans la région sur les relations pauvreté-fécondité reposent sur les enquêtes EDS, nombreuses en Afrique et aisément accessibles. On en connaît à la fois les intérêts et les limites, pour la mesure notamment du niveau de vie qui ne peut s'envisager qu'avec la création d'un indicateur composite des biens possédés. Or il a été clairement démontré que, selon l'indicateur de niveau de vie choisi (revenus et dépenses du ménage, montants par tête, dépenses alimentaires, etc.), la relation avec la descendance finale peut sensiblement varier³¹. Le démographe doit s'ouvrir à d'autres bases de données, nationales ou internationales (comme les enquêtes ménage de la Banque mondiale, elles aussi accessibles).

Développer les études méthodologiques

Dans le même ordre d'idées que le point précédent, on ne peut se contenter ou se fier aux seuls résultats obtenus à partir d'indicateurs classiques et souvent frustes. On se doit de connaître la sensibilité du modèle aux variables choisies. Par exemple, quels indices de fécondité utiliser ?

30. L'analyse multivariée est un plus, mais elle ne résout pas le problème.

31. Un bel exemple est l'étude de B. Schoumaker (1999) sur l'Afrique du Sud, effectuée à partir de l'enquête ménage intégrée de 1993-1994.

Quelles mesures des variables intermédiaires ? Quels indicateurs de niveau de vie ? Ou encore quelle est la variabilité des relations aux choix faits ou possibles ? Par ailleurs, quels modèles causaux ou statistiques utiliser ? Autre point important : dans la mesure où la pauvreté et la fécondité sont des phénomènes dynamiques, quels sont les problèmes et les biais dans les relations établies à partir d'analyses purement statistiques, de loin les plus fréquentes avec le matériel statistique dont on dispose ? Il conviendrait également d'intégrer le rôle des structures familiales (et de leur dynamique) dans l'étude des liens entre pauvreté et fécondité, et de mener les analyses en termes de pauvreté subjective (celle que les ménages ressentent et déclarent) et non plus seulement de pauvreté objective, telle que mesurée le plus souvent à partir des biens possédés dont on dispose dans le matériel statistique classique.

Orienter la recherche vers l'action

La démographie est plus une science de la connaissance que de l'action. Elle fournit bien sûr des informations précieuses et alimente ainsi les processus de décision, mais elle travaille sur de longues tendances et peu sur la conjoncture, elle est prudente dans ses diagnostics... Sous peine de marginalisation, elle doit s'engager davantage dans l'étude des causes et conséquences des grands problèmes sociaux et économiques du monde, dans les nouvelles demandes politiques. La pauvreté constitue bien un de ces enjeux majeurs. Cela requiert une démographie plus sociale, disons moins analytique, et de nouveaux outils de collecte. Il y va de sa crédibilité face à « la concurrence » (l'économie, la sociologie, etc.).

Conclusion

Ce chapitre a procédé à un examen des relations entre la fécondité et la pauvreté, tant d'un point de vue descriptif que d'un point de vue explicatif. La littérature internationale des trente dernières années sur cette question montre une certaine diversité de situations, mais aussi que dans une grande majorité de pays la fécondité augmente avec le niveau de pauvreté. Des données récentes sur 9 pays aussi différents que le Maroc, la Colombie, les Philippines, le Ghana, etc. confirment globalement le résultat, mais montrent également que l'importance des inégalités entre groupes socio-économiques varie sensiblement d'un pays à un autre, en fonction du stade

atteint dans le processus de transition démographique. En Afrique subsaharienne, dans pratiquement tous les pays, la fécondité baisse sensiblement avec l'augmentation du niveau de vie, sous l'effet à la fois de la contraception qui se répand et de l'âge au mariage qui croît. En Afrique comme ailleurs dans le monde, le contrôle des naissances commence dans les groupes sociaux les plus favorisés sur le plan culturel ou économique.

L'Afrique au sud du Sahara demeure bien, et de loin, la région la plus féconde du monde, mais l'image d'une Afrique homogène, résistante partout au changement, relève désormais du passé. Normes et comportements évoluent peu à peu, mais à des rythmes très divers selon les pays, les régions et les milieux d'habitat, sous l'effet sans doute des progrès sanitaires et éducatifs, mais aussi de la « crise » des années 1990. Néanmoins, dans la mesure où la pauvreté (monétaire) dans la région touche environ 45 % de la population totale, c'est de l'évolution de la fécondité dans ces groupes sociaux les plus pauvres, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, que dépendra l'avenir démographique de la région dans les 15 à 20 ans à venir.

Quant à l'explication de cette fécondité toujours élevée dans les familles pauvres de l'Afrique actuelle, de cette absence, parfois, ou de quasi-absence, souvent, de contrôle volontaire des naissances, elle relève de divers facteurs en interrelation, car elle est due à la fois au fait que ces familles sont pauvres sur les plans culturel (connaissances, perceptions, etc.) et économique (moyens requis pour accéder aux services de santé...), et au fait qu'elles essaient ainsi d'échapper à la pauvreté en sécurisant leur présent et leur avenir (l'enfant comme source de revenus, de diversification des activités, d'assurance vieillesse, etc.).

De cette problématique pauvreté-fécondité – on pourrait l'élargir à la santé –, la démographie doit faire une claire priorité de recherche, en connexion avec d'autres sciences sociales, en étendant son champ d'étude thématique (à l'ensemble des variables intermédiaires) ou géographique (ne plus se limiter à la dichotomie simpliste urbain/rural), en ciblant les sous-populations les plus à risque (les jeunes, les personnes âgées, certains groupes socioprofessionnels), en diversifiant ses sources de données, en introduisant davantage les approches qualitatives et contextuelles, en renouvelant les méthodologies requises et en s'engageant beaucoup plus dans la recherche-action.

Bibliographie

- BANQUE MONDIALE (2005), *Rapport sur le développement dans le monde 2005*, Washington-Paris, Banque Mondiale-ESKA.
- BARTOLI H. (1990), « Progrès et pauvreté : les concepts et leur dialectique selon les civilisations et les cultures », in Henry P.M. *et al.* (dir.), *Pauvreté, progrès et développement*, Paris, L'Harmattan, p. 19-60.
- BIRDSALL N. (1980), « Population Growth and Poverty in the Developing World », *Population Bulletin*, vol. 35, n° 5, p. 3-46.
- BIRDSALL N. et GRIFFIN C. (1988), « Fertility and Poverty in Developing Countries », *Journal of Policy Modeling*, vol. 10, n° 1, p. 29-54.
- BIRDSALL N., KELLEY A.C. et SINDING S. (eds.) (2001), *Population Matters. Demographic Change, Economic Growth and Poverty in the Developing World*, Oxford, Oxford University Press.
- BLANCHET D. (1996), « L'inversion des effets de la croissance démographique sur la croissance économique », in Coussy J. et Vallin J. (dir.), *Crise et population en Afrique*, Paris, CEPED, coll. « Les Études du CEPED » n° 13, p. 51-69.
- BULATAO R. et CASTERLINE J.B. (eds.) (2001), *Global Fertility Transition*, Population and Development Review, A supplement to vol. 27.
- CALDWELL J.B. (2001), « The Globalization of Fertility Behaviour », in Bulatao R. et Casterline J. (eds.), *Global Fertility Transition*, Population and Development Review, A supplement to vol. 27, p. 92-115.
- CASSEN R. (1994), *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*, New Brunswick et Oxford, Transaction Publishers.
- CHESNAIS J.C. (1987), « La croissance démographique, frein... ou moteur du développement ? », in Brunel S. (dir.), *Tiers Mondes, controverses et réalités*, Paris, Economica, p. 119-176.
- CICRED (2003), *Pauvreté, fécondité et planification familiale*, Paris.
- COGNEAU D. *et al.* (2006), *Inégalités et équité en Afrique*, Documents de travail, DT-2006-11, Paris, IRD-DIAL.
- COHEN B. (1996), « Niveaux, différences et tendances de la fécondité », in Foote K., Hill K. et Martin L. (dir.), *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, Travaux et documents de l'INED, Cahier n° 135, p. 9-69.
- COSIO-ZAVALA M. (1995), « Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique latine », in Tabutin D. *et al.* (dir.), *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Louvain-la-Neuve/Paris, Academia/L'Harmattan, p. 401-414.

- (2001), « Les deux modèles de transition démographique en Amérique latine : le malthusianisme de pauvreté », in Gendreau F. (dir.), *Les Transitions démographiques dans les pays du Sud*, Paris, AUPELF-UREF/Éditions Estem, p. 41-78.
- COSIO-ZAVALA M. et VILQUIN E. (eds.) (2003), *Poverty, Fertility and Family Planning*, Paris, CICRED.
- COUSSY J. et VALLIN J. (dir.) (1996), *Crise et population en Afrique*, Paris, CEPED, coll. « Les Études du CEPED » n° 13.
- EGERÖ B. (1996), « Poverty and Fertility: Reproductive Change under Persistent Poverty », *Yearbook of Population Research in Finland*, vol. 33, p. 218-242.
- GARENNE M. et JOSEPH V. (2002), « The Timing of the Fertility Transition in Sub-Saharan Africa », *World Development*, vol. 30, n° 10, p. 1835-1843.
- GENDREAU F. (dir.) (1998), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, Paris, Éditions Estem.
- (dir.) (2001), *Les Transitions démographiques des pays du Sud*, Paris, Éditions ESTEM/AUPELF-UREF.
- GUILLAUME A. (2006), *Bibliographie sur l'avortement en Afrique*, Paris, CEPED, coll. « Les numériques du CEPED », CD-ROM.
- ISIUGO U. et NGWE E. (eds.) (2004), *Population and Poverty in Africa*, African Population Studies, Supplement A to vol. 19.
- KIRK D. et PILLET B. (1998), « Fertility Levels, Trends and Differentials in Sub-Saharan Africa in the 1980's and 1990's », *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 1, p. 1-22.
- LERNER S. et VILQUIN E. (eds.) (2005), *Reproductive Health, Unmet Needs and Poverty*, Paris, CICRED.
- LESTHAEGHE R. (1989), « Social Organization, Economic Crises and the Future of Fertility Control in Africa », in Lesthaeghe R. (ed.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, p. 475-505.
- LIVI-BACCI M. et De SANTIS G. (eds.) (1999), *Population and Poverty in Developing Countries*, Oxford, Oxford University Press.
- LOCOH T. (1995), « Paupérisation et transitions démographiques en Afrique sub-saharienne », in Tabutin D. et al. (dir.), *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Louvain-la-Neuve/Paris, Academia/L'Harmattan, p. 321-400.
- LOCOH T. et HERTRICH V. (eds.) (1994), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, IUSSP-Derouaux Ordina Éditions.
- MERRICK T. (2001), « Population and Poverty in Households: A Review of Reviews », in Birdsall N. et al. (eds.), *Population Matters. Demographic Change, Economic Growth and Poverty in the Developing World*, Oxford, Oxford University Press, p. 201-212.

- PAGE H. (1988), « La fécondité et la planification familiale en Afrique », in Van de Walle E. *et al.* (dir.), *L'État de la démographie africaine*, Liège, UIESP, p. 29-44.
- PAGE H. et LESTHAEGHE R. (eds.) (1981), *Child-Spacing in Tropical Africa. Traditions and Change*, Londres, Academic Press.
- PILON M. et GUILLAUME A. (dir.) (2000), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Paris, IRD Éditions.
- PNUD (2003 et 2005), *Rapport mondial sur le développement humain*, Paris, Economica.
- SCHOUMAKER B. (1998), « Pauvreté et fécondité : un aperçu de la littérature des 25 dernières années », in Gendreau F. (dir.), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, Paris, Éditions Estem, p. 99-116.
- (1999), « Indicateurs de niveau de vie et relations entre pauvreté et fécondité. L'exemple de l'Afrique du Sud », *Population*, vol. 54, n° 6, p. 963-992.
- (2004), « Pauvreté et fécondité en Afrique subsaharienne : perspectives théoriques et analyses empiriques », *African Population Studies*, Supplement A to vol. 19, p. 13-45.
- SCHOUMAKER B. et TABUTIN D. (2003), « Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud. État des connaissances, méthodologie et illustrations », in CICRED (dir.), *Pauvreté, fécondité et planification familiale*, Paris, p. 63-113.
- TABUTIN D. (1997), « Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificités, changements et... incertitudes », in UIESP (dir.), *Actes du Congrès international de la population, Beijing*, vol. 1, p. 219-246.
- (1999), « Les déclin de la fécondité : une clé de la croissance ? », in Salomon M. et Toubon R. (dir.), *Population et francophonie*, John Libbey Eurotext-Équilibres et Populations, p. 129-143.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2001), « Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique sub-saharienne », Communication au Congrès général de la population, Salvador de Bahia, CD-Rom, séance 43.
- (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.
- TABUTIN D., GOURBIN C., MASUY-STROOBANT G. et SCHOUMAKER B. (1999), *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Chaire Quetelet 1997, Louvain-la-Neuve/Paris, Academia/L'Harmattan.
- TALMAN E. et VIMARD P. (2005), « Structure familiale, conditions de vie des ménages et fécondité en Côte d'Ivoire », in Vignikin K. et

- Vimard P. (dir.), *Familles au Nord, familles au Sud*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/LPED-AUF, p. 329-359.
- TAPINOS G., BLANCHET D. et HERLACHER D. (1991), *Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement*, Paris, INED-PUF, coll. « Congrès et colloques » n° 5.
- VAN DE WALLE E. et FOSTER D. (1990), *Fertility Decline in Africa. Assessment and Prospects*, Washington, World Bank Technical Paper n° 125.
- VIGNIKIN K. et VIMARD P. (dir.) (2005), *Familles au Nord, familles au Sud*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/LPED-AUF.
- VIMARD P. (1996), « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in Coussy J. et Vallin J. (dir.), *Crise et population en Afrique*, Paris, CEPED, coll. « Les Études du CEPED » n° 13, p. 293-317.
- VIMARD P. et FASSASSI R. (2005), *L'Évolution de la contraception en Afrique*, Conférence virtuelle, GRIPPS-LPED, 10-14 octobre, www.up.univ-mrs.fr.

Tableau annexe 1. Fécondité générale, fécondité des adolescentes, pratique de la contraception moderne, mortalité et malnutrition des enfants dans 11 pays d'Afrique subsaharienne vers 2004 selon le milieu d'habitat, le niveau d'instruction des mères et le niveau de vie du ménage

Pays, année d'enquête et indicateur	Milieu d'habitat		Niveau d'instruction			Quintile de bien-être économique					Total	% de population pauvre (6)
	Urbain	Rural	A	B	C	1	2	3	4	5		
BURKINA FASO (2003)												
- ISF (1)	3,8	6,9	6,7	5,8	2,8	7,1	7,1	6,8	5,7	3,9	6,2	45
- Fécondité adolescente (%) (2)	11	28	28	21	8	26	32	27	26	12	23	
- % Contraception moderne (3)	28	5	6	13	43	2	4	6	7	27	9	
- Mortalité 0-5 ans (‰) (4)	136	202	197	187	108	206	213	196	193	144	194	
- Malnutrition (%) (5)	20	42	41	26	13	46	42	42	39	21	39	
CAMEROUN (2004)												
- ISF	4,0	6,1	6,3	5,6	3,5	6,5	6,0	5,6	4,2	3,2	5,0	40
- Fécondité adolescente (%)	23	37	50	33	18	36	46	30	25	14	28	
- % Contraception moderne	19	6	1	11	25	2	5	11	19	26	13	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	119	169	186	149	93	189	162	150	115	88	148	
- Malnutrition (%)	23	38	40	33	21	41	36	37	25	12	32	
GHANA (2003)												
- ISF	3,1	5,6	6,0	5,3	3,0	6,4	5,9	4,9	3,3	2,8	4,4	40
- Fécondité adolescente (%)	7	22	26	21	7	26	23	20	10	2	14	
- % Contraception moderne	24	15	11	21	26	9	19	19	21	26	19	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	93	118	125	120	80	128	105	111	108	88	110	
- Malnutrition (%)	21	35	38	24	19	42	32	30	24	13	30	
GUINÉE (2005)												
- ISF	4,4	6,3	6,2	5,1	3,3	6,5	6,5	6,2	5,5	4,2	5,7	41
- Fécondité adolescente (%)	21	39	43	21	17	39	46	37	26	20	32	
- % Contraception moderne	11	6	4	10	18	3	5	5	7	13	6	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	133	204	194	132	92	217	214	204	162	113	190	
- Malnutrition (%)	23	38	36	29	19	41	39	37	29	22	35	
KENYA (2003)												
- ISF	3,3	5,4	6,7	5,3	3,2	7,6	5,8	5,1	4,0	3,1	4,9	42
- Fécondité adolescente (%)	22	23	46	26	10	29	26	22	19	21	23	
- % Contraception moderne	40	29	8	31	52	12	24	33	41	45	32	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	93	117	127	118	63	149	109	121	77	91	112	
- Malnutrition (%)	24	32	37	32	19	38	33	30	27	19	31	

Tableau annexe 1 (suite)

Pays, année d'enquête et indicateur	Milieu d'habitat		Niveau d'instruction			Quintile de bien-être économique					Total	% de population pauvre (6)
	Urbain	Rural	A	B	C	1	2	3	4	5		
MADAGASCAR (2004)												
- ISF	3,7	5,7	6,6	5,7	3,4	6,7	6,4	6,0	5,0	3,0	5,2	71
- Fécondité adolescente (%)	22	38	57	38	10	47	58	31	34	12	34	
- % Contraception moderne	27	16	5	19	28	7	11	18	23	30	18	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	73	120	147	113	65	142	147	101	90	49	110	
- Malnutrition (%)	39	46	47	46	36	51	48	45	38	38	46	
MALAWI (2004)												
- ISF	4,2	6,4	6,9	6,2	3,8	7,1	7,0	6,5	5,8	4,1	6,0	65
- Fécondité adolescente (%)	25	36	53	38	19	43	47	36	32	20	34	
- % Contraception moderne	35	27	23	28	41	22	24	25	31	38	28	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	116	164	181	150	86	183	171	168	146	111	150	
- Malnutrition (%)	38	49	52	46	33	54	53	52	44	32	47	
MOZAMBIQUE (2003)												
- ISF	4,4	6,1	6,3	5,3	2,9	6,3	6,1	6,3	5,2	3,8	5,5	69
- Fécondité adolescente (%)	49	32	62	38	16	61	49	45	42	25	43	
- % Contraception moderne	7	23	5	16	47	4	5	9	12	35	11	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	143	192	200	163	87	196	200	203	155	108	175	
- Malnutrition (%)	29	46	47	42	15	49	47	46	35	20	41	
NIGERIA (2003)												
- ISF	4,9	6,1	6,7	6,3	3,8	6,5	6,3	5,7	5,9	4,2	5,7	34
- Fécondité adolescente (%)	17	30	54	24	9	32	36	28	23	11	25	
- % Contraception moderne	14	6	2	11	20	4	3	7	9	21	8	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	153	243	269	186	95	257	293	215	179	79	217	
- Malnutrition (%)	29	43	50	37	17	49	48	44	33	18	38	
SÉNÉGAL (2005)												
- ISF	4,1	6,4	6,1	4,8	3,0	7,0	6,3	5,5	4,3	3,8	5,3	33
- Fécondité adolescente (%)	12	26	28	15	4	34	24	18	12	10	19	
- % Contraception moderne	18	5	5	19	30	3	5	9	14	22	11	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	91	160	152	94	60	185	164	136	92	64	135	
- Malnutrition (%)	9	21	19	11	5	26	19	16	9	6	16	

Tableau annexe 1 (suite et fin)

Pays, année d'enquête et indicateur	Milieu d'habitat		Niveau d'instruction			Quintile de bien-être économique					Total	% de population pauvre (6)
	Urbain	Rural	A	B	C	1	2	3	4	5		
TCHAD (2004)												
- ISF	5,7	6,5	6,3	7,4	4,2	5,1	6,6	6,9	7,2	6,0	6,3	64
- Fécondité adolescente (%)	32	38	41	32	22	31	43	42	37	33	37	
- % Contraception moderne	7	1	1	3	18	0	1	1	1	7	2	
- Mortalité 0-5 ans (‰)	179	208	200	225	143	176	208	212	225	187	203	
- Malnutrition (%)	32	43	44	32	22	51	39	45	39	32	41	

Source : Les rapports nationaux des enquêtes EDS effectuées depuis 2003.

- 1) Indice synthétique de fécondité.
- 2) Proportion de femmes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes au passage de l'enquête.
- 3) Proportion des femmes en union de 15 à 49 ans utilisant actuellement une méthode moderne de contraception.
- 4) Quotients (‰) de mortalité 0-5 ans, soit la probabilité de décéder entre la naissance et l'âge de 5 ans.
- 5) Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition chronique (moyenne et sévère).
- 6) Proportion de la population du pays vivant sous le seuil national de pauvreté monétaire (PNUD, 2005).

Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne

Gervais BENINGUISSE

Depuis les années 1980, les comportements sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes sont au centre des préoccupations scientifiques et programmatiques en Afrique, dans un contexte socio-économique et culturel en pleine mutation. L'importance de plus en plus grande accordée à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes tient essentiellement à leur contribution importante à la dynamique démographique du continent et à leur vulnérabilité particulière aux risques sexuels et reproductifs. En effet, il est empiriquement acquis que le calendrier de la primo-sexualité et de la primo-fécondité détermine dans une grande mesure les tendances futures de la fécondité (Wulf et Singh, 1991 ; Voydanoff et Donnelly, 1990 ; Senderowitz et Paxman, 1985 ; Menken, 1980). En outre, la transition entre l'enfance, période d'exclusive dépendance vis-à-vis des adultes, et l'âge adulte, période d'indépendance, est caractérisée par une grande vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux grossesses non désirées et à leurs conséquences sociales, notamment en raison de l'immaturité physiologique et psychologique des adolescents.

La précocité de l'initiation sexuelle, le recul de l'âge au premier mariage et l'effondrement de l'autorité familiale, sous l'effet conjugué de la baisse du pouvoir économique des parents, de l'urbanisation, de la scolarisation et de la modernisation des modes de vie, favorisent le développement d'une sexualité prémaritale à risque élevé d'IST, de grossesse non désirée et d'avortement, en l'absence de mesures préventives (Delaunay et Guillaume, 2006 ; Bozon et Hertrich, 2004 ; Guillaume et Molmy, 2004 ; Bledsoe et Cohen, 1993 ; Dixon-Mueller et Wasserheit, 1991). Et

le développement de la sexualité prémaritale favorise une fécondité prémaritale qui expose, dans bien des cas, la femme au rejet familial et à la stigmatisation sociale (Adjamagbo *et al.*, 2004). C'est ainsi que la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994, a exhorté les gouvernements à « résoudre les problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents, notamment les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et à encourager un comportement procréateur et sexuel responsable et sain, y compris l'abstinence, en fournissant les services adaptés ».

L'objet de ce chapitre est de faire un état des lieux des connaissances sur la sexualité prémaritale et la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne, et de dégager quelques perspectives de recherche. La première partie, consacrée aux considérations d'ordre méthodologique, circonscrit les concepts d'adolescent et de jeune, et fait un examen critique des données et indicateurs relatifs à la mesure des phénomènes associés à la sexualité et à la fécondité prémaritales. La deuxième partie examine les changements du contexte social de la sexualité et de la fécondité prémaritales des adolescents et des jeunes, et dégage quelques clés de compréhension de leurs comportements sexuels et reproductifs. La troisième partie dresse l'évolution des comportements sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes (y compris les modes de prévention des risques sexuels et reproductifs) de manière à vérifier si elle est en concordance avec celle du contexte social. Enfin, la quatrième partie dégage quelques perspectives de recherche à partir des difficultés liées à l'analyse de la sexualité et de la fécondité prémaritales des jeunes, et des insuffisances (ou lacunes) qui en découlent du point de vue des connaissances.

Considérations d'ordre méthodologique

Clarifications conceptuelles

« L'adolescence » et « la jeunesse » sont des concepts difficiles à cerner. Dans les dictionnaires et dans la littérature scientifique, l'adolescence apparaît comme une période de transition soit entre l'enfance et l'âge adulte (Bledsoe et Cohen, 1993), soit entre la puberté et la maturité (United Nations, 1988). Si l'on considère généralement que le début de l'adolescence est marqué par la puberté, sa fin est en revanche rarement définie clairement, celle-ci pouvant varier d'une aire culturelle à l'autre

(WHO, 1986 ; Senderowitz et Paxman, 1985). Dans les sociétés africaines, la fin de l'adolescence est caractérisée, selon les cas, par des cérémonies d'initiation qui marquent l'accès à des responsabilités ou à des rôles sociaux de la vie adulte : entrée dans la vie conjugale, départ de la maison familiale, acquisition d'une terre, etc. (Delaunay, 1994). D'après l'OMS (WHO, 1986), le concept d'adolescence fait référence à au moins trois caractéristiques principales : un développement biologique de la puberté à la maturité sexuelle de reproduction, un développement psychologique de type cognitif et émotionnel marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte, l'autonomisation socio-économique caractérisée par le passage d'un état de dépendance totale à une relative indépendance.

Comment différencier « l'adolescence » de « la jeunesse » ou encore « l'adolescent » du « jeune » ? Tandis que certains utilisent indifféremment les concepts d'adolescent et de jeune, la tendance générale est de considérer l'adolescent comme un jeune moins âgé, qui n'est pas encore adulte¹. Les adolescents seraient une catégorie spécifique de jeunes.

Pour des raisons opérationnelles et de comparabilité, « l'adolescent » et « le jeune » sont généralement définis en fonction d'une tranche d'âge précise dont la délimitation varie selon les études : 15-19 ans (de l'âge du début de la procréation le plus fréquemment observé à l'âge légal de la majorité), 10-19 ans (pour inclure le temps de début des règles) et 15-24 ans (pour tenir compte de l'indépendance économique généralement acquise au-delà de 20 ans). L'OMS considère comme « adolescents » les personnes âgées de 10 à 19 ans et comme « jeunes » celles âgées de 15 à 24 ans (WHO, 1998). Par souci de simplicité, nous situerons l'adolescence entre 15 et 19 ans, et considérerons les individus de cette tranche d'âge comme étant les adolescents, et la jeunesse entre 20 et 24 ans, et les personnes de cette tranche d'âge comme étant les jeunes.

Pourquoi il est pertinent de cibler les jeunes

C'est aux États-Unis, dans les années 1960, qu'une attention particulière s'est portée sur les jeunes avec l'arrivée à l'adolescence des générations du baby-boom, qui adoptèrent des comportements sexuels et reproductifs différents de ceux de leurs aînés, avec une plus grande fréquence des naissances prémaritales et des avortements (Chilman, 1986). Cet intérêt s'est ensuite étendu à l'Afrique vers les années 1980, où d'importantes mutations socio-économiques en cours favorisaient le recul de l'âge au

1. Un adulte désigne un individu ayant terminé le développement de la phase de l'adolescence dont la limite, variable d'un pays à l'autre, est déterminée en fonction de l'âge légal de la majorité ou du mariage.

mariage, une sexualité précoce et une fécondité prémaritale. Parmi ces changements, l'urbanisation croissante, l'élévation du niveau d'éducation, la modernisation des modes de vie, la conjoncture économique défavorable, qui affaiblissait le pouvoir économique des parents et retardait l'accès des jeunes à l'autonomie, ont contribué au relâchement progressif du contrôle familial et social du mariage, de la sexualité et de la fécondité des jeunes (Antoine *et al.*, 1998 ; Diop, 1995 ; Bledsoe et Cohen, 1993).

Depuis lors, la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes fait l'objet des politiques et programmes de population et de santé des États africains, tout en continuant de susciter l'attention particulière de la communauté internationale. Cet intérêt se trouve renforcé, d'une part, par l'importante contribution des jeunes à la dynamique démographique du continent et leur vulnérabilité particulière aux risques sexuels et reproductifs dans un contexte où la pandémie du VIH/Sida est une préoccupation de santé publique, et, d'autre part, par leur rôle en tant qu'acteurs du changement et moteurs du développement.

Une synthèse des enquêtes démographiques et de santé (EDS) des années 1994-2001 révèle que, dans la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne, 35 % de la fécondité est réalisée avant 25 ans, avec des extrêmes allant de 20 % en Namibie à 40 % au Mozambique (Tabutin et Schoumaker, 2004). Cette proportion était de 33 % dans les années 1970 (Gyepi-Garbrah, 1985), ce qui montre que la contribution des jeunes à la fécondité totale demeure importante et qu'elle est loin de baisser.

En outre, des comportements à risque, tels que le multipartenariat et la non-protection des rapports sexuels, sont de plus en plus fréquents chez les jeunes, les exposant ainsi aux IST, aux grossesses non désirées, aux avortements non sécurisés et à leurs conséquences en termes de déperdition scolaire et de rejet familial et social (Delaunay et Guillaume, 2006 ; Bozon et Hertrich, 2004 ; Guillaume et Molmy, 2004).

Enfin, des expériences diverses rapportent le rôle moteur des jeunes dans la promotion des changements de comportements favorables à la prévention et à la prise en charge des IST, ainsi qu'à la prévention des grossesses non désirées, à travers l'information, l'éducation et la communication (IEC). Ainsi par exemple, au Nigeria, au Ghana (Brieger *et al.*, 2001) et au Cameroun (Speizer *et al.*, 2001 ; Van Rossem et Meekers, 1999a et 1999b), cette promotion s'est faite par les pairs éducateurs, qui sont des jeunes formés pour développer ou renforcer la capacité de leurs homologues à adopter et à négocier des comportements à moindre risque. Le rôle des pairs éducateurs trouve toute son importance et sa pertinence dans le contexte actuel où le caractère tabou de la sexualité pousse les parents à démissionner de leurs responsabilités en termes d'éducation sexuelle.

Tableau 1. Évolution de la population des 15-24 ans de 1950 à 2000 et perspectives à l'horizon 2050

Sous-région	Effectif des 15-24 ans (en milliers)				
	1950	1975	2000	2025	2050
Afrique de l'Ouest	12063	21782	46725	83086	106832
Afrique centrale	4898	8646	19112	37972	61883
Afrique de l'Est	12347	23778	52159	93566	128277
Afrique australe	2890	5714	10622	10972	9857
Afrique subsaharienne	32198	59920	128618	225596	306849
	Pourcentage des 15-24 ans dans la population totale				
	1950	1975	2000	2025	2050
Afrique de l'Ouest	19	19	20	21	18
Afrique centrale	19	18	20	21	20
Afrique de l'Est	19	19	20	21	19
Afrique australe	19	20	20	20	18
Afrique subsaharienne	19	19	20	21	19
	Accroissement annuel des 15-24 ans (en milliers)				
	1950-1975	1975-2000	2000-2025	2025-2050	
Afrique de l'Ouest	389	998	1454	950	
Afrique centrale	150	419	754	956	
Afrique de l'Est	457	1135	1656	1388	
Afrique australe	113	196	14	-45	
Afrique subsaharienne	1109	2748	3879	3250	
	Taux de croissance annuel des 15-24 ans (en %)				
	1950-1975	1975-2000	2000-2025	2025-2050	
Afrique de l'Ouest	2,4	3,1	2,3	1,0	
Afrique centrale	2,3	3,2	2,8	2,0	
Afrique de l'Est	2,7	3,2	2,4	1,3	
Afrique australe	2,8	2,5	0,1	-0,4	
Afrique subsaharienne	2,5	3,1	2,3	1,2	
	Effectif total de la population (en milliers)				
	1950	1975	2000	2025	2050
Afrique de l'Ouest	63823	115861	233624	401381	586989
Afrique centrale	26332	46987	96040	184332	303349
Afrique de l'Est	64986	125811	255681	447683	678716
Afrique australe	15624	29302	52069	55136	56004
Afrique subsaharienne	170765	317961	637414	1088532	1625058

Source : Calculs à partir des projections des Nations unies (2005), hypothèse moyenne.

Importance des jeunes dans la dynamique démographique de la région

Le poids démographique des jeunes dans la population totale de l'Afrique subsaharienne est relativement important. Une personne sur cinq est un jeune âgé de 15 à 24 ans, et cette importance a très peu varié depuis 1950, passant de 19 % entre 1950-1975 à 20 % en 2000 (tableau 1). Les perspectives n'annoncent pas, globalement, de changements spectaculaires d'ici 2050 : de 20 % en 2000 à 21 % en 2025 avec peu de différences sous-régionales, une baisse légère de deux points entre 2025 et 2050 avec des extrêmes allant d'un point en Afrique centrale à trois points en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest (tableau 1). Le nombre des jeunes de 15-24 ans est quant à lui en augmentation depuis 1950 et il le sera encore jusqu'en 2050, à l'exception de l'Afrique australe qui connaîtra probablement une baisse annuelle de l'ordre de 45 000 individus entre 2025 et 2050, avec un taux de décroissance de 0,4 %, ceci sous l'effet conjugué d'une baisse de la fécondité et d'une hausse spectaculaire de la mortalité due au VIH/Sida² (l'effondrement de l'espérance de vie de 15 ans entre 1990 et 2000 en est une cruelle illustration).

Données et indicateurs

L'étude de la santé sexuelle et reproductive des jeunes avant le mariage en Afrique se heurte à un problème d'absence de données adéquates. Les enquêtes EDS, qui constituent la principale source de données disponibles, abordent le sujet de manière très imparfaite. L'approche transversale de ces données ne permet pas d'étudier le phénomène de façon représentative en ce qui concerne la période prémaritale. En effet, bien que ces données rendent possible l'étude des comportements sexuels et reproductifs des jeunes célibataires, elles ne permettent pas d'aborder ceux des jeunes en union au cours de la période prémaritale, d'où leur caractère sélectif. Les données d'enquête recueillies dans une approche biographique, comme celles issues des observations d'Agnès Adjamagbo, Philippe Antoine et Valérie Delaunay (2004) au Sénégal, nous semblent plus indiquées. Pour certains phénomènes comme la fécondité prémaritale, aucune analyse n'est possible pour les hommes, les informations sur la fécondité masculine faisant défaut. Une synthèse des principaux indicateurs que l'on peut tirer des données EDS figure en annexe (tableaux annexes 1 à 5). Elle fournit pour chaque indicateur, la définition, le mode de calcul, les données requises, les modalités d'interprétation, les forces

2. Le taux de prévalence du VIH/Sida au sein de la population âgée de 15 à 49 ans est estimé à près de 30 % en 2002 (ONUSIDA, 2003).

et les limites. Il s'agit principalement des indicateurs décrits dans les lignes qui suivent.

L'âge médian au premier rapport sexuel et la proportion des jeunes sexuellement actifs mesurent respectivement le calendrier de l'initiation sexuelle et l'intensité de l'activité sexuelle des jeunes (tableau annexe 1). L'indicateur de calendrier est particulièrement sensible aux effets de mémoire inhérents à l'approche rétrospective des EDS. Mais l'évaluation de la qualité de cet indicateur ne semble pas révéler de distorsions majeures pouvant proscrire son utilisation, notamment dans une perspective longitudinale (Bozon et Hertrich, 2004), comme nous le ferons dans la troisième partie de ce chapitre. L'indicateur de l'intensité de l'activité sexuelle des jeunes est particulièrement pertinent pour évaluer l'impact des interventions de promotion de l'abstinence sexuelle auprès des jeunes. Mais la taille généralement restreinte de l'échantillon est source d'erreurs aléatoires, rendant ainsi difficile l'analyse et l'interprétation.

La durée moyenne d'exposition à la sexualité prémaritale, la proportion des jeunes célibataires sexuellement actifs et le nombre moyen des partenaires sexuels chez les jeunes célibataires mesurent l'existence et la fréquence de l'activité et du multiparténariat sexuels avant le mariage (tableau annexe 2). Bien que particulièrement indiqués pour évaluer l'impact des interventions qui visent à lutter contre la sexualité prémaritale ou à promouvoir l'abstinence jusqu'au mariage, ces indicateurs ne prennent pas en compte l'activité sexuelle prémaritale passée des jeunes qui sont actuellement en union. En outre, la tendance à la sous-déclaration qui les caractérise, particulièrement en ce qui concerne le multiparténariat sexuel, est source de biais. Cet indicateur peut être remplacé de façon quasi équivalente par la proportion des jeunes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.

La durée moyenne entre la première naissance et le premier mariage, la proportion des jeunes femmes ayant commencé leur vie familiale par une naissance et la proportion des jeunes célibataires ayant déjà donné au moins une naissance mesurent la fécondité prémaritale (tableau annexe 3). Ces indicateurs rendent compte des changements des traditions culturelles préconisant la maternité dans le mariage ou de l'impact, auprès des jeunes, des interventions qui tentent de lutter contre la fécondité hors mariage. Mais ces indicateurs ne sont pas représentatifs de l'ensemble des grossesses prémaritales puisqu'ils excluent les grossesses prémaritales interrompues ainsi que les naissances prémaritales des jeunes actuellement en union.

La prévalence des comportements sexuels à haut risque parmi les jeunes célibataires sexuellement actifs et celle des IST au sein de cette même catégorie apprécient la vulnérabilité des jeunes aux IST (tableau annexe 4). Ces indicateurs permettent d'évaluer, tout au moins en partie,

les besoins en matière de prévention et de prise en charge des IST. Mais ils ne donnent pas une vue représentative de la prévalence des comportements sexuels à haut risque ou des IST durant la période de l'activité sexuelle prémaritale.

Le taux de prévalence contraceptive chez les jeunes célibataires sexuellement actifs et la prévalence de l'avortement non sécurisé au sein de cette même catégorie renseignent sur le recours aux modes de régulation des naissances (tableau annexe 5). Sans être représentatif de la fréquence de ce recours pendant la période d'activité sexuelle prémaritale, le premier indicateur permet d'évaluer l'impact des interventions de promotion des méthodes contraceptives, tandis que le second permet d'identifier les groupes potentiellement à risque en matière d'avortement non sécurisé, bien que cet indicateur soit sujet à la sous-déclaration face à un contexte social et juridique prohibitif.

Mutations du contexte socioculturel de la sexualité et de la fécondité prémaritales des adolescents et des jeunes

L'Afrique connaît une grande diversité de modèles culturels en matière de sexualité et de fécondité prémaritales. Schématiquement, deux types de modèles culturels peuvent être distingués : on a d'une part les modèles traditionnels, dans lesquels l'encadrement de la sexualité et de la procréation prémaritales est principalement assuré par la culture et les institutions sociales (famille, religions), et d'autre part les modèles modernes qui façonnent le contexte actuel caractérisé par l'émergence de nouveaux acteurs (école, médias, pairs) dans le contrôle social de ces phénomènes, dans un environnement économique et épidémiologique différent.

Les modèles culturels traditionnels

La sexualité et la procréation ont toujours été sous l'influence des traditions, des cultures et des religions. En Afrique prévalent deux modèles situés aux antipodes : celui qui valorise l'abstinence avant le mariage et celui qui tolère la sexualité et la procréation prémaritales. Des nuances intermédiaires, où la valorisation de la fécondité est associée à une abstinence avant le mariage, existent ; mais elles ne retiendront pas notre attention ici.

Le modèle qui désapprouve la sexualité et la procréation prémaritales ne reconnaît la sexualité et la fécondité qu'au sein d'une union légitime.

D'après ce modèle, l'entrée en vie conjugale doit précéder l'entrée en vie sexuelle et féconde. Autrement dit, le mariage suivi de la sexualité et de la maternité (ou de la paternité) constitue la trajectoire de référence pour l'accession au statut d'adulte socialement reconnu. La virginité y est grandement valorisée. La jeune fille doit rester vierge et observer des rituels lui permettant de protéger sa virginité et sa fécondité future (Caldwell, 1990 ; Miske-Talbot, 1984). L'excision, l'infibulation et le port des amulettes participent des rites protecteurs de la virginité de la jeune fille jusqu'au mariage (Yana, 1995 ; Diop, 1995). Celle-ci reçoit également, très souvent de sa mère, une éducation sexuelle qui porte notamment sur l'hygiène et la beauté corporelles. Le mariage précoce participe des stratégies préconisées par les parents pour éviter une éventuelle perte de virginité prénuptiale (Meredith, 1986). Ce contexte prohibitif de la sexualité prémaritale est légitimé et entretenu par les institutions religieuses à travers leurs prescriptions de virginité et de chasteté. De ce fait la réprobation sociale à l'égard des naissances prémaritales est forte (Delaunay, 1994). Leur survenue est source de stigmatisation et de marginalisation de la jeune fille, qui très souvent perdra sa prise en charge parentale et verra grandement compromises ses chances de trouver un mari dans le cas où le père de l'enfant ne l'épouserait pas. Cette désapprobation sociale de la sexualité et de la procréation prémaritales prévaut encore au Sénégal, dans la province d'Antananarivo à Madagascar, chez les Luba de la République démocratique du Congo, chez les Sara et les Gbaya de la République centrafricaine et chez les Bamiléké et les Mandara du Cameroun (Gastineau et Binet, 2006 ; Adjamagbo *et al.*, 2004 ; Ahmat, 1995 ; Diop, 1995 ; Retel-Laurentin, 1974). Au Cameroun, une étude menée dans sept provinces a mis en évidence l'importance de la stigmatisation et du rejet social des adolescentes suite à leur première grossesse. Avant cette grossesse, 62 % des parents projetaient de soutenir leurs filles jusqu'à la fin de leur scolarité, mais 77 % de ces derniers y avaient renoncé après cet événement et 60 % des adolescentes avaient effectivement abandonné leurs études (Ilinigumugabo *et al.*, 1996). Les modalités par lesquelles les jeunes ont des expériences sexuelles préconjugales sont peu documentées. Des cas de violences sexuelles ou de sexualité non consentie, parfois à l'intérieur de la sphère familiale, sont rapportés (Caldwell *et al.*, 1990).

Dans le modèle qui tolère la sexualité et la procréation prémaritales, l'entrée en vie sexuelle précède l'entrée en vie conjugale. Il est le propre des sociétés matrilineaires et de celles qui valorisent la fécondité mais qui font face à une forte infertilité (Bledsoe et Cohen, 1993). La fécondité prénuptiale y est tolérée parce qu'elle est une démonstration de la fertilité de la femme, qui augmente ainsi ses chances de mariage, la stérilité étant socialement stigmatisée. Elle est une garantie de la descendance du futur

époux. La diffusion et l'accès à la contraception sont difficiles dans ce contexte. Ce modèle culturel est particulièrement prégnant chez les Moba-Gurma du Togo, les Krou de Côte d'Ivoire, les Mongo et Tetela de la République démocratique du Congo, les Zandés-Nzakara de Centrafrique, les Beti-Fang du Cameroun, dans les provinces de Toliary et de Fianarantsoa à Madagascar (Gastineau et Binet, 2006 ; Ombolo, 1990 ; Rey, 1989 ; Schwartz, 1978 ; Retel-Laurentin, 1974).

Le modèle moderne

Le modèle moderne est caractérisé par l'émergence de nouveaux acteurs dans l'encadrement social de la sexualité et de la procréation pré-maritales, dans un contexte de baisse du pouvoir économique des parents et de diffusion rapide de la pandémie du VIH/Sida. La baisse du pouvoir économique des parents favorise le relâchement de l'autorité familiale au profit des écoles, des médias et des pairs. L'allongement de la durée moyenne d'exposition à la sexualité prémaritale, engendré par la précocité de l'initiation sexuelle et le recul de l'âge au premier mariage sous l'effet conjugué de l'urbanisation, de la scolarisation et de la modernisation des modes de vie, favorise le développement d'une sexualité prémaritale à risque élevé d'IST, de grossesse non désirée et d'avortement, en l'absence de mesures préventives (Delaunay et Guillaume, 2006 ; Bozon et Hertrich, 2004 ; Guillaume et Molmy, 2004 ; Bledsoe et Cohen, 1993 ; Dixon-Mueller et Wasserheit, 1991).

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la pauvreté des ménages est en hausse (cf. *supra* chapitre 5), entraînant ainsi une baisse du pouvoir économique des parents qui, conjuguée au caractère tabou de la sexualité, pousse les parents à relâcher l'encadrement de la sexualité et de la procréation des jeunes au profit des écoles, des pairs et des médias qui sont parfois sources d'erreur et d'incitation à la sexualité non protégée (Kalambayi Banza et Duchene, 2006). Le relâchement de l'autorité familiale est également favorisé par la multiplication des occasions de sortie de la sphère familiale (cinémas, campements, bals des jeunes et autres rencontres amicales).

La dégradation du contexte économique depuis les années 1970 a contribué à retarder l'âge d'entrée en union. Les jeunes ont de plus en plus de mal à acquérir leur indépendance économique à cause notamment des difficultés à trouver une activité génératrice de revenus qui leur permette de s'assumer pleinement et de faire face aux dépenses liées à la vie conjugale. La comparaison entre l'âge médian au premier rapport sexuel des aînés (45-49 ans) et celui des jeunes (20-24 ans ou 25-29 ans) permet de retracer son évolution selon les générations et de mettre en évidence

les changements de calendrier de la primo-nuptialité (tableaux 2 et 3). Dans la plupart des pays, on assiste à un recul de l'âge au premier mariage, même chez les hommes où il est déjà nettement plus élevé. Chez les femmes (tableau 2), ce recul est de plus d'un an dans 16 pays sur les 33 étudiés, et de moins d'un an dans 10 pays. L'âge médian au premier mariage des femmes s'est stabilisé dans 3 pays (Burkina Faso, Centrafrique et Togo), tandis qu'il a avancé de près de 4 ans au Tchad et de moins d'un an au Mozambique, au Burundi et au Botswana. Chez les hommes (tableau 3), le recul de l'âge au premier mariage s'étend de près de 4 mois au Rwanda et en Éthiopie à près de 4 ans en Côte d'Ivoire, alors que l'on assiste à une diminution sensible (plus d'un an) dans 6 pays (Togo, Centrafrique, Tchad, Comores, Mozambique et Zimbabwe), dépassant les 4 ans aux Comores. En revanche, l'entrée en vie sexuelle demeure précoce dans l'ensemble, et cette précocité s'est même accentuée chez les hommes dans la grande majorité des pays (15 pays sur 24 affichent une diminution supérieure ou égale à 1 an).

Ces évolutions sont globalement en faveur d'un allongement de la durée moyenne d'exposition à la sexualité prémaritale, mesurée ici par l'écart entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge au premier mariage (tableaux 2 et 3). Une valeur inférieure à 0 signifie que le rapport sexuel précède le mariage, ce qui révèle l'existence d'une sexualité prémaritale dont la durée augmente à mesure que cette valeur s'élève (cf. tableau annexe 2). À l'inverse, une valeur supérieure ou égale à 0 signifie que le mariage précède le premier rapport sexuel, ce qui traduit l'absence d'une sexualité prémaritale ou la présence d'une sexualité maritale. L'allongement de la durée moyenne d'exposition à la sexualité prémaritale exprime un affranchissement par les jeunes des mécanismes traditionnels de contrôle : les garçons pour expérimenter plus tôt la vie sexuelle, les filles pour desserrer la contrainte du mariage précoce, sans forcément renoncer à entamer une vie sexuelle (Bozon, 2003). En Afrique de l'Est, on estime que 40 à 50 % des jeunes femmes connaissent au moins deux ans de vie sexuelle avant leur première union (Bozon et Hertrich, 2004). L'affranchissement par les jeunes du contrôle traditionnel est favorisé par la baisse du pouvoir économique des parents, la multiplication des occasions de sortie de la sphère familiale, l'émergence des médias, de l'école et des pairs dans l'éducation sexuelle et le contrôle social de la sexualité des jeunes face à la menace du VIH/Sida.

Tableau 2. Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel, de l'âge médian au premier mariage et de l'écart d'âge entre les deux événements en Afrique subsaharienne
Femmes

Pays et année d'enquête	Âge médian au premier rapport sexuel (1 ^{er} RS)			Âge médian au premier mariage (1 ^{er} M)			Écart d'âge entre les deux (1 ^{er} RS - 1 ^{er} M)		
	45-49 ans	25-29 ans	Évolution	45-49 ans	25-29 ans	Évolution	45-49 ans	25-29 ans	Évolution
Afrique de l'Ouest									
Bénin 2001	17,8	17,4	-0,4	18,8	19,0	0,2	-1,0	-1,6	-0,6
Burkina Faso 2003	17,6	17,5	-0,1	17,7	17,7	0,0	-0,1	-0,2	-0,1
Côte d'Ivoire 1998/99	16,3	16,2	-0,1	18,5	19,7	1,2	-2,2	-3,5	-1,3
Ghana 2003	18,4	18,3	-0,1	19,5	20,0	0,5	-1,1	-1,7	-0,6
Guinée 1999	16,2	15,9	-0,3	16,2	16,5	0,3	0,0	-0,6	-0,6
Liberia 1986	15,5	15,5	0,0	16,6	17,9	1,3	-1,1	-2,4	-1,3
Mali 2001	15,9	15,9	0,0	16,4	16,8	0,4	-0,5	-0,9	-0,4
Mauritanie 2000/01	16,0	19,0	3,0	16,2	19,0	2,8	-0,2	0,0	0,2
Niger 1998	15,1	15,3	0,2	15,1	15,3	0,2	0,0	0,0	0,0
Nigeria 2003	15,5	17,3	1,8	15,5	18,5	3,0	0,0	-1,2	-1,2
Sénégal 1997	16,7	18,3	1,6	16,7	18,7	2,0	0,0	-0,4	-0,4
Togo 1998	17,7	17,1	-0,6	18,8	18,8	0,0	-1,1	-1,7	-0,6
Afrique centrale									
Cameroon 2004	16,3	16,5	0,2	17,0	18,1	1,1	-0,7	-1,6	-0,9
Centrafrique 1994/95	15,9	15,9	0,0	17,4	17,4	0,0	-1,5	-1,5	0,0
Gabon 2000	15,8	16,3	0,5	18,0	20,4	2,4	-2,2	-4,1	-1,9
Tchad 2004	15,8	15,8	0,0	19,9	16,0	-3,9	-4,1	-0,2	3,9
Afrique de l'Est									
Burundi 1987	18,9	19,2	0,3	19,7	19,5	-0,2	-0,8	-0,3	0,5
Comores 1996	17,7	19,7	2,0	17,6	20,4	2,8	0,1	-0,7	-0,8
Érythrée 2002	16,4	18,3	1,9	17,5	18,4	0,9	-1,1	-0,1	1,0
Éthiopie 2000	15,8	17,0	1,2	15,7	17,2	1,5	0,1	-0,2	-0,3
Kenya 2003	16,9	18,0	1,1	18,9	20,3	1,4	-2,0	-2,3	-0,3
Madagascar 2003/04	17,5	17,4	-0,1	18,7	18,9	0,2	-1,2	-1,5	-0,3
Malawi 2000	16,9	16,9	0,0	17,9	18,1	0,2	-1,0	-1,2	-0,2
Mozambique 2003	16,6	16,0	-0,6	18,1	17,5	-0,6	-1,5	-1,5	0,0
Ouganda 2000/01	16,6	16,8	0,2	17,4	18,0	0,6	-0,8	-1,2	-0,4
Rwanda 2000	19,8	20,3	0,5	20,2	21,0	0,8	-0,4	-0,7	-0,3
Soudan 1990	-	-	-	16,3	20,5	4,2	-	-	-
Tanzanie 2004	16,6	17,3	0,7	17,6	19,0	1,4	-1,0	-1,7	-0,7
Zambie 2001/02	16,5	17,0	0,5	16,8	18,4	1,6	-0,3	-1,4	-1,1
Zimbabwe 1999	18,5	19,1	0,6	18,8	19,8	1,0	-0,3	-0,7	-0,4
Afrique australe									
Afrique du Sud 1998	18,7	18,1	-0,6	22,6	24,7	2,1	-3,9	-6,6	-2,7
Botswana 1988	18,3	17,4	-0,9	25,2	24,9	-0,3	-6,9	-7,5	-0,6
Namibie 1992	20,2	18,8	-1,4	23,3	24,9	1,6	-3,1	-6,1	-3,0

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente disposant de l'information pour chaque pays.
<http://www.measuredhs.com/statcompiler>.

Tableau 3. Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel, de l'âge médian au premier mariage et de l'écart d'âge entre les deux événements en Afrique subsaharienne Hommes

Pays et année d'enquête	Âge médian au premier rapport sexuel (1 ^{er} RS)			Âge médian au premier mariage (1 ^{er} M)			Écart d'âge entre les deux (1 ^{er} RS-1 ^{er} M)		
	50-54 ans	30-34 ans	Évolution	50-54 ans	30-34 ans	Évolution	50-54 ans	30-34 ans	Évolution
Afrique de l'Ouest									
Bénin 2001	19,1	17,6	-1,5	23,2	24,3	1,1	-4,1	-6,7	-2,6
Burkina Faso 2003	21,6	20,6	-1,0	25,8	25,8	0,0	-4,2	-5,2	-1,0
Côte d'Ivoire 1998/99	20,2	18,7	-1,5	22,8	26,3	3,5	-2,6	-7,6	-5,0
Ghana 2003	20,8	20,1	-0,7	25,0	25,0	0,0	-4,2	-4,9	-0,7
Guinée 1999	20,7	18,1	-2,6	26,2	26,1	-0,1	-5,5	-8,0	-2,5
Mali 2001	20,8	20,0	-0,8	25,9	25,4	-0,5	-5,1	-5,4	-0,3
Mauritanie 2000/01	25,3	24,5	-0,8	25,4	27,1	1,7	-0,1	-2,6	-2,5
Niger 1998	20,5	20,4	-0,1	21,9	22,8	0,9	-1,4	-2,4	-1,0
Nigeria 2003	21,3	20,3	-1,0	23,6	26,4	2,8	-2,3	-6,1	-3,8
Sénégal 1997	-	-	-	25,5	28,3	2,8	-	-	-
Togo 1998	-	-	-	25,7	24,6	-1,1	-	-	-
Afrique centrale									
Cameroun 2004	19,9	18,3	-1,6	24,3	24,9	0,6	-4,4	-6,6	-2,2
Centrafrique 1994/95	18,4	17,5	-0,9	24,9	23,2	-1,7	-6,5	-5,7	0,8
Gabon 2000	17,8	16,6	-1,2	23,7	24,2	0,5	-5,9	-7,6	-1,7
Tchad 2004	20,1	18,3	-1,8	23,8	22,6	-1,2	-3,7	-4,3	-0,6
Afrique de l'Est									
Comores 1996	20,4	17,0	-3,4	30,0	25,6	-4,4	-9,6	-8,6	1,0
Éthiopie 2000	20,7	19,7	-1,0	24	24,3	0,3	-3,3	-4,6	-1,3
Kenya 2003	17,8	16,9	-0,9	25,1	25,6	0,5	-7,3	-8,7	-1,4
Madagascar 2003/04	18,7	17,6	-1,1	23,7	23,1	-0,6	-5,0	-5,5	-0,5
Malawi 2000	19,6	18,3	-1,3	23,3	22,9	-0,4	-3,7	-4,6	-0,9
Mozambique 1997	18,7	17,8	-0,9	26,0	22,4	-3,6	-7,3	-4,6	2,7
Ouganda 2000/01	18,5	19,0	0,5	22,8	22,3	-0,5	-4,3	-3,3	1,0
Rwanda 1992	-	-	-	23,5	23,8	0,3	-	-	-
Tanzanie 1999	18,4	17,6	-0,8	23,1	23,8	0,7	-4,7	-6,2	-1,5
Zambie 2001/02	18,0	16,0	-2,0	23,6	23,3	-0,3	-5,6	-7,3	-1,7
Zimbabwe 1999	21,0	19,1	-1,9	26,7	25,5	-1,2	-5,7	-6,4	-0,7
Afrique australe									
Namibie 2000	20,3	18,3	-2,0	29,0	30,0	1,0	-8,7	-11,7	-3,0

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente disposant de l'information pour chaque pays.
<http://www.measuredm.com/statcompiler>

Enfin, le contexte de pauvreté favorise le recours des jeunes à la sexualité comme stratégie de survie. En effet, le recours à l'activité sexuelle en échange de cadeaux ou d'avantages financiers (argent pour la nourriture, l'habillement, les frais de scolarité par exemple) est de plus en plus documenté (Kaufman et Stavrou, 2002 ; Calvès, 1999 ; Songué, 1986 ; Abega *et al.*, 1994). Le caractère vénal des relations sexuelles des jeunes filles est de plus en plus déploré, comme en témoigne le passage suivant, issu d'entretiens de groupe d'une étude qualitative portant sur la dynamique familiale réalisée à Yaoundé (Cameroun) (Calvès, 1999) :

« I am a technician and my job varies a lot from one month to the next. The day I get money, girls are around me like bees on honey. But the day I don't have money I don't see any of these girls. I tell you, girls of today are materialistic (Jean, age 22, working in a garage). »

Cette sexualité rétribuée implique généralement des personnes nettement plus âgées qui émanent de catégories sociales favorisées, ce qui limite le pouvoir des jeunes filles de négocier des rapports sexuels à moindre risque (Kaufman et Stavrou, 2002).

Tendances des comportements sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes

L'entrée en vie sexuelle et l'intensité de l'activité sexuelle

Comme nous l'avons vu auparavant, l'entrée en vie sexuelle, mesurée ici dans une approche démographique par l'âge médian au premier rapport sexuel, demeure précoce dans l'ensemble avec une accentuation particulière chez les hommes dans la grande majorité des pays, témoignant ainsi d'un relâchement ou d'un affranchissement de la part des jeunes vis-à-vis des mécanismes traditionnels de contrôle de la sexualité prémaritale, dont la durée d'exposition a globalement augmenté (tableaux 2 et 3).

L'intensité de l'activité sexuelle, quant à elle, est mesurée par le pourcentage des jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête (cf. tableau annexe 2). D'une manière générale, l'activité sexuelle est très intense chez les jeunes, quel que soit leur statut matrimonial. Dans la plupart des cas, le pourcentage des jeunes sexuellement actifs est au-dessus de 50 % (tableau 4). L'intensité de la sexualité des jeunes augmente avec l'âge et elle est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, à l'exception de la Tanzanie (62 % chez les femmes contre 79 % chez les hommes).

La sexualité prémaritale

Nous avons précédemment montré comment le recul de l'âge au premier mariage, conjugué au maintien de la précocité de l'entrée en vie sexuelle, a débouché sur un allongement de la période d'exposition à la sexualité prémaritale. Cet allongement se traduit-il par une augmentation de l'intensité de l'activité sexuelle prémaritale ? L'examen des niveaux et

Tableau 4. Pourcentage des jeunes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois dans quelques pays d'Afrique subsaharienne dans les années 2000

Pays et année d'enquête	Femmes			Hommes		
	15-19 ans	20-24 ans	Total 15-24 ans	15-19 ans	20-24 ans	Total 15-24 ans
Afrique de l'Ouest						
Burkina Faso 2003	41,6	75,4	56,8	22,5	64,1	38,7
Ghana 2003	31,6	67,7	48,5	14,7	56,1	30,7
Guinée 2005	49,7	67,0	56,8	42,0	78,6	57,4
Nigeria 2003	47,7	78,1	61,9	18,3	51,2	34,2
Sénégal 2005	25,5	59,7	40,7	22,1	41,1	30,1
Afrique centrale						
Cameroun 2004	48,2	82,3	63,7	36,5	76,9	54,2
Gabon 2000	60,7	85,7	71,8	60,9	76,8	68,4
Tchad 2004	45,1	81,7	61,2	27,2	68,9	43,7
Afrique de l'Est						
Kenya 2003	33,5	71,4	51,5	30,1	67,4	46,6
Malawi 2004	45,8	87,1	68,3	34,3	74,1	53,2
Tanzanie 2001	42,9	82,8	61,7	70,0	90,3	78,8

Source : Calculs à partir d'une compilation des rapports d'enquêtes démographiques et de santé des années 2000 disposant de l'information.

des tendances de la proportion des célibataires ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, bien que non représentatif de l'activité sexuelle prémaritale (l'indicateur ne tient pas compte de l'activité sexuelle prémaritale des jeunes actuellement en union), apporte quelques éléments de réponse (tableaux 5 et 6).

Il ressort du tableau 5 que l'intensité de l'activité sexuelle prémaritale est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, résultat inverse de celui relatif à l'activité sexuelle en général, ce qui confirme le biais de sélection qui caractérise cet indicateur, insuffisance précédemment relevée dans les aspects méthodologiques. L'intensité de la sexualité prémaritale des jeunes augmente également avec l'âge.

Les tendances du phénomène dans quelques pays disposant d'au moins deux enquêtes ne confirment pas d'augmentation, mais plutôt une baisse particulièrement élevée au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Kenya, en Tanzanie et chez les jeunes filles maliennes (tableau 6).

Tableau 5. Pourcentage des jeunes célibataires ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en Afrique subsaharienne

	15-19 ans		20-24 ans		Total 15-24 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afrique de l'Ouest						
Bénin 2001	40	35	74	69	53	44
Burkina Faso 2003	22	21	54	54	32	26
Côte d'Ivoire 1998/99	51	48	76	79	61	56
Ghana 2003	14	23	45	45	24	30
Guinée 1999	43	22	66	51	52	27
Mali 2001	23	24	59	51	36	29
Nigeria 2003	17	23	43	49	29	32
Togo 1998	33	45	68	76	46	53
Afrique centrale						
Cameroun 2004	31	26	69	60	45	34
Centrafrique 1994/95	45	32	85	73	58	41
Afrique de l'Est						
Éthiopie 2000	10	2	26	5	16	2
Kenya 2003	29	18	59	31	41	21
Malawi 2000	42	24	62	41	49	27
Mozambique 2003	61	48	88	77	67	54
Ouganda 2000/01	22	21	52	54	31	27
Rwanda 2000	6	3	16	7	9	4
Tanzanie 2004	33	23	63	51	43	29
Zambie 2001/02	43	28	66	41	51	31
Zimbabwe 1999	22	10	57	31	34	15
Afrique australe						
Namibie 2000	45	35	77	61	59	46

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente disposant de l'information pour chaque pays.
<http://www.measuredhs.com/statcompiler> (HIV/AIDS database).

L'abstinence sexuelle prémaritale

L'abstinence sexuelle fait partie des trois principaux moyens de prévention des IST préconisés et vulgarisés aux côtés de la fidélité et de l'utilisation du préservatif. Elle est aussi un des leviers de la prévention des grossesses non désirées et de la fécondité prémaritale. L'indicateur qui permet d'apprécier le niveau de recours à l'abstinence sexuelle avant le mariage au moyen des données EDS est la proportion des jeunes célibataires qui déclarent n'avoir jamais eu de rapport sexuel. Bien qu'il donne une idée de l'ampleur du phénomène, on gardera à l'esprit que cet indicateur repose sur la seule déclaration des individus et qu'il ne rend pas compte de l'abstinence sexuelle prémaritale des jeunes qui sont actuellement en union. Si l'on s'en tient à la déclaration des individus, la fréquence de l'abstinence sexuelle prémaritale au sein des jeunes de 15-24 ans varie sensiblement selon les pays. Dans les 16 pays étudiés, elle s'étend de 30 % en Namibie et au Mozambique à plus de 80 % au Rwanda, en Érythrée et en Éthiopie (tableau 7). Dans 11 pays, elle est d'au moins 50 %. L'abstinence sexuelle avant le mariage est plus fréquente chez les adolescents de 15-19 ans que chez les jeunes de 20-24 ans. De même, elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 6. Évolution du pourcentage des jeunes célibataires ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois dans quelques pays d'Afrique subsaharienne

Pays et année d'enquête	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes
Burkina Faso 1998/99	34	24	Nigeria 1999	31	28
Burkina Faso 2003	32	26	Nigeria 2003	29	32
Évolution	-2	2	Évolution	-2	4
Cameroun 1998	58	52	Ouganda 1995	33	22
Cameroun 2004	45	34	Ouganda 2000/01	31	27
Évolution	-13	-18	Évolution	-2	5
Côte d'Ivoire 1994	69	62	Tanzanie 1999	59	39
Côte d'Ivoire 1998/99	61	56	Tanzanie 2004	43	29
Évolution	-8	-6	Évolution	-16	-10
Ghana 1998	24	31	Zambie 1996	57	36
Ghana 2003	24	30	Zambie 2001/02	51	31
Évolution	0	-1	Évolution	-6	-5
Kenya 1998	56	32	Zimbabwe 1994	38	13
Kenya 2003	41	21	Zimbabwe 1999	34	15
Évolution	-15	-11	Évolution	-4	2
Mali 1995/96	37	37			
Mali 2001	36	29			
Évolution	-1	-8			

Source : Calculs à partir des données des enquêtes démographiques et de santé de quelques pays disposant d'au moins deux opérations (<http://www.measuredhs.com/statcompiler>).

La fécondité prémaritale des jeunes

L'importance de la fécondité prémaritale peut être mise en évidence par les tendances de l'âge médian à la première naissance et de son écart par rapport à l'âge médian au premier mariage. L'écart entre l'âge à la première naissance et l'âge au premier mariage, qui exprime la durée moyenne entre la première naissance et le premier mariage, est une mesure de la déconnexion entre la procréation et le mariage. Une valeur inférieure à 0 signifie que la première naissance précède le premier mariage, ce qui traduit l'existence d'une fécondité prémaritale. À l'inverse, une valeur supérieure ou égale à 0 signifie que le premier mariage précède la première naissance, ce qui traduit l'existence d'une fécondité maritale. Les tendances intergénérationnelles de l'âge médian à la première naissance révèlent une baisse variant de 1 à 2 ans au Mozambique, au Liberia, au Botswana et en Érythrée, contre une hausse qui va de 1 à 3 ans en Éthiopie, au Nigeria, aux Comores et au Soudan (tableau 8).

**Tableau 7. Pourcentage des jeunes célibataires
n'ayant jamais eu de rapport sexuel
dans quelques pays d'Afrique subsaharienne**

Pays et année d'enquête	15-19 ans		20-24 ans		Total 15-24 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afrique de l'Ouest						
Bénin 2001	50	58	14	20	36	49
Burkina Faso 2003	74	76	33	33	61	69
Côte d'Ivoire 1998	45	48	14	7	32	37
Ghana 2003	81	71	38	37	67	61
Mali 2001	67	70	26	32	52	63
Nigeria 2003	76	73	45	38	62	62
Afrique centrale						
Cameroun 2004	62	67	20	27	47	58
Afrique de l'Est						
Érythrée 1995	98	99	65	95	88	98
Éthiopie 2000	87	98	61	91	78	96
Kenya 2003	51	73	17	41	37	63
Mozambique 2003	33	47	6	11	26	39
Ouganda 2000/01	66	71	23	24	53	63
Rwanda 2000	80	93	48	79	70	90
Tanzanie 2004	53	70	17	35	41	62
Zambie 2001/02	37	58	11	24	28	50
Afrique australe						
Namibie 2000	36	55	5	13	23	38

Source : Données des enquêtes démographiques et de santé (<http://www.measuredhs.com/statcompiler>).

Les tendances de l'écart entre l'âge à la première naissance et l'âge au premier mariage traduisent une accentuation de la fécondité prémaritale. En effet, l'écart négatif s'amplifie en Afrique du Sud, au Botswana et en Namibie pendant qu'il reste faible dans 19 autres pays, même s'il n'est pas toujours inférieur à zéro.

La fécondité africaine est précoce dans l'ensemble. On estime qu'une femme sur deux met au monde son premier enfant avant 20 ans en Afrique subsaharienne, et la situation a très peu changé au fil du temps (Tabutin et Schoumaker, 2004). La part attribuable à la fécondité prémaritale n'est pas connue, mais on peut vraisemblablement penser qu'elle est relativement importante.

Vulnérabilité des jeunes aux risques sexuels

La vulnérabilité des jeunes aux risques sexuels peut être examinée à travers la prévalence des comportements à risque et des infections IST.

**Tableau 8. Évolution de l'âge médian à la première naissance,
de l'âge médian au premier mariage et de l'écart d'âge
entre les deux événements en Afrique subsaharienne
Femmes**

Pays et année d'enquête	Âge médian à la première naissance (1 ^{er} N)			Âge médian au premier mariage (1 ^{er} M)			Écart d'âge entre les deux (1 ^{er} N - 1 ^{er} M)		
	45-49 ans	25-29 ans	Évolution	45-49 ans	25-29 ans	Évolution	45-49 ans	25-29 ans	Évolution
Afrique de l'Ouest									
Bénin 2001	19,8	20,2	0,4	18,8	19,0	0,2	1,0	1,2	0,2
Burkina Faso 2003	19,9	19,3	-0,6	17,7	17,7	0,0	2,2	1,6	-0,6
Côte d'Ivoire 1998/99	19,2	19,2	0,0	18,5	19,7	1,2	0,7	-0,5	-1,2
Ghana 2003	20,4	21,1	0,7	19,5	20,0	0,5	0,9	1,1	0,2
Guinée 1999	18,7	18,6	-0,1	16,2	16,5	0,3	2,5	2,1	-0,4
Liberia 1986	21,0	19,0	-2,0	16,6	17,9	1,3	4,4	1,1	-3,3
Mali 2001	19,5	18,7	-0,8	16,4	16,8	0,4	3,1	1,9	-1,2
Mauritanie 2000/01	21,3	21,9	0,6	16,2	19,0	2,8	5,1	2,9	-2,2
Niger 1998	18,5	17,9	-0,6	15,1	15,3	0,2	3,4	2,6	-0,8
Nigeria 2003	18,5	20,3	1,8	15,5	18,5	3,0	3,0	1,8	-1,2
Sénégal 1997	19,7	20,4	0,7	16,7	18,7	2,0	3,0	1,7	-1,3
Togo 1998	20,1	20,0	-0,1	18,8	18,8	0,0	1,3	1,2	-0,1
Afrique centrale									
Cameroun 2004	19,2	19,4	0,2	17,0	18,1	1,1	2,2	1,3	-0,9
Centrafrique 1994/95	19,8	19,4	-0,4	17,4	17,4	0,0	2,4	2,0	-0,4
Gabon 2000	18,5	18,7	0,2	18,0	20,4	2,4	0,5	-1,7	-2,2
Tchad 2004	18,6	18,2	-0,4	19,9	16,0	-3,9	-1,3	2,2	3,5
Afrique de l'Est									
Burundi 1987	21,1	20,9	-0,2	19,7	19,5	-0,2	1,4	1,4	0,0
Comores 1996	20,1	22,4	2,3	17,6	20,4	2,8	2,5	2,0	-0,5
Érythrée 2002	22,5	20,6	-1,9	17,5	18,4	0,9	5,0	2,2	-2,8
Éthiopie 2000	18,7	20,1	1,4	15,7	17,2	1,5	3,0	2,9	-0,1
Kenya 2003	19,3	20,1	0,8	18,9	20,3	1,4	0,4	-0,2	-0,6
Madagascar 2003/04	20,6	19,8	-0,8	18,7	18,9	0,2	1,9	0,9	-1,0
Malawi 2000	19,2	19,2	0,0	17,9	18,1	0,2	1,3	1,1	-0,2
Mozambique 2003	19,9	18,8	-1,1	18,1	17,5	-0,6	1,8	1,3	-0,5
Ouganda 2000/01	18,6	18,9	0,3	17,4	18,0	0,6	1,2	0,9	-0,3
Rwanda 2000	22,0	22,0	0,0	20,2	21,0	0,8	1,8	1,0	-0,8
Soudan 1990	19,8	22,8	3,0	16,3	20,5	4,2	3,5	2,3	-1,2
Tanzanie 2004	18,7	19,6	0,9	17,6	19,0	1,4	1,1	0,6	-0,5
Zambie 2001/02	18,2	19,0	0,8	16,8	18,4	1,6	1,4	0,6	-0,8
Zimbabwe 1999	19,7	20,3	0,6	18,8	19,8	1,0	0,9	0,5	-0,4
Afrique australe									
Afrique du Sud 1998	21,0	20,9	-0,1	22,6	24,7	2,1	-1,6	-3,8	-2,2
Botswana 1988	20,9	19,2	-1,7	25,2	24,9	-0,3	-4,3	-5,7	-1,4
Namibie 1992	22,0	21,2	-0,8	23,3	24,9	1,6	-1,3	-3,7	-2,4

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente disposant de l'information pour chaque pays.
<http://www.measuredhs.com/statcompiler>.

Le multipartenariat sexuel est l'un des comportements à risque. Il est ici mesuré, globalement (c'est-à-dire tous états matrimoniaux confondus) pour des raisons de faiblesse d'effectifs, par le pourcentage des jeunes de 15-24 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (tableau 9). La prévalence de ce comportement à risque est nettement plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes, avec des différentiels de 4 à 10 fois plus. Les jeunes garçons sont-ils donc plus vulnérables aux IST ?

Tableau 9. Pourcentage des jeunes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois dans quelques pays d'Afrique subsaharienne

Pays et année d'enquête	15-19 ans		20-24 ans		Total 15-24 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afrique de l'Ouest						
Bénin 2001	27	3	39	2	35	3
Burkina Faso 2003	20	4	25	2	23	3
Côte d'Ivoire 1998	46	11	52	8	49	10
Ghana 2003	16	5	18	3	18	4
Guinée 1999	42	7	46	7	45	7
Mali 2001	24	3	21	2	22	3
Nigeria 2003	27	2	24	5	25	4
Togo 1998	32	11	41	5	37	8
Afrique centrale						
Cameroun 2004	35	11	45	10	41	10
Afrique de l'Est						
Éthiopie 2000	19	2	18	3	19	3
Kenya 2003	24	4	24	2	24	3
Malawi 2000	21	2	19	1	20	2
Mozambique 2003	36	10	42	7	39	8
Ouganda 2000/01	21	4	25	2	24	3
Rwanda 2000	12	2	4	1	6	1
Tanzanie 2004	26	5	37	5	33	5
Zambie 2001/02	26	6	33	3	30	4
Zimbabwe 1999	19	3	29	4	26	4
Afrique australe						
Namibie 2000	17	3	28	5	24	4

Source : Données des enquêtes démographiques et de santé (<http://www.measuredhs.com/statcompiler>).

La prévalence réelle des IST dans les populations générales est peu connue et documentée, car la plupart des études portent sur des sous-populations telles que les consultantes des soins prénatals et obstétricaux, et celles des centres de planning familial, ce qui limite grandement leur représentativité (Ferry, 1995). Les enquêtes de séroprévalence et les enquêtes sociocomportementales mettent en évidence les jeunes et les femmes comme groupes à risque. La fréquence déclarée des symptômes de maladies sexuellement transmissibles (MST) est plus élevée chez les 20-24 ans et les personnes ayant des rapports sexuels extraconjugaux (Ferry, 1995). Il est empiriquement établi que l'incidence des MST augmente le risque d'infection par le VIH (Ferry, 1995). On sait aussi que le risque de séropositivité est nettement plus élevé au-delà de 30 ans, mais il augmente très rapidement entre 15 et 24 ans chez les femmes alors que c'est entre 30 et 34 ans qu'il s'accroît fortement chez les hommes (Lalou *et al.*, 2006).

Tableau 10. Séroprévalence du VIH au sein des jeunes de 15-24 ans dans quelques pays d'Afrique subsaharienne (population générale)

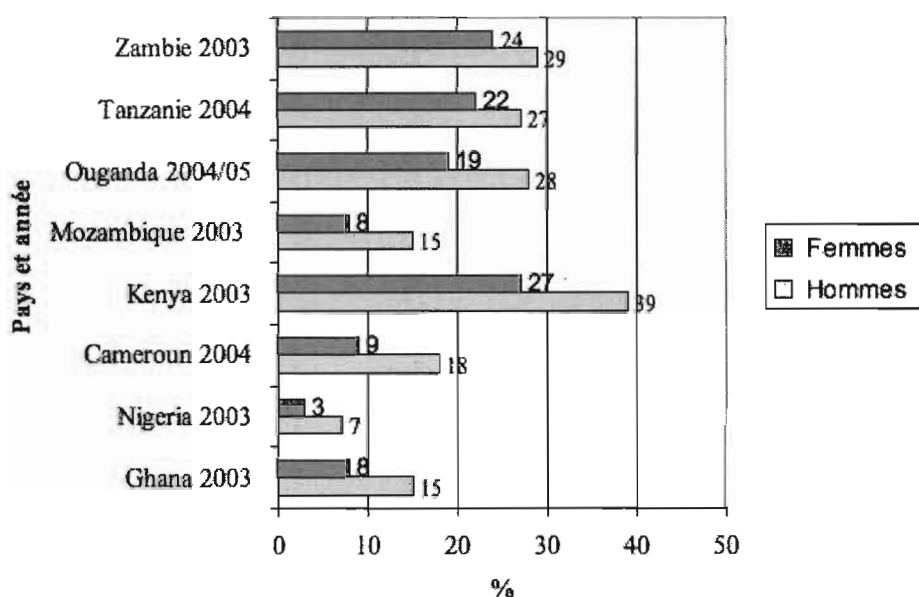
Pays et enquête	Hommes	Femmes
Afrique de l'Ouest		
Burkina Faso (EDS 2003)	0,7	1,3
Côte d'Ivoire (EDS 2006)	0,3	2,4
Ghana (EDS 2003)	0,1	1,2
Mali (EDS 2001)	0,3	1,3
Afrique centrale		
Cameroun (EDS 2004)	1,4	4,8
Afrique de l'Est		
Kenya (EDS 2003)	1,2	5,9
Ouganda (Enquête sérologique 2004/05)	1,1	4,3
Rwanda (EDS 2005)	0,4	1,5
Tanzanie (Enquête sérologique 2003)	3,0	4,0
Zambie (EDS 2001/02)	3,0	11,1
Source : Enquête démographique et de santé la plus récente disposant de l'information pour chaque pays, http://www.measuredhs.com/statcompiler (HIV/AIDS database), et rapports d'enquêtes sérologiques.		

Les données du tableau 10 confirment la vulnérabilité plus importante des femmes au VIH, même si elles ne semblent pas déclarer plus de comportements à risque. À l'exception de la Tanzanie, où les différences sont relativement faibles, les différences sexuelles de la prévalence du VIH vont de près de 2 fois plus au Burkina Faso à 12 fois plus au Ghana. En Zambie, environ 1 jeune femme sur 10 est séropositive contre 3 % pour les jeunes hommes.

En Afrique, les personnes vivant avec le VIH/Sida sont très souvent stigmatisées, en raison de l'association couramment faite par l'opinion publique entre le VIH/Sida et les déviances sexuelles (homosexualité, prostitution, multipartenariat sexuel, usage de drogue, etc.). La stigmatisation des jeunes infectés par le VIH est très peu documentée faute de données. Les enquêtes démographiques et de santé ont très rarement collecté des informations permettant de mettre en évidence le degré de stigmatisation des jeunes vis-à-vis des personnes infectées. Le graphique 1 en donne une illustration, dans 8 pays, à travers la proportion des jeunes de 15-24 ans qui expriment des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées par le VIH. Cette proportion n'atteint pas 40 % dans le meilleur

des cas, allant de 5 % au Nigeria à 33 % au Kenya, ce qui traduit une stigmatisation relativement importante. Dans tous les pays étudiés, la tolérance des jeunes vis-à-vis des personnes infectées par le VIH est nettement moins élevée chez les femmes que chez les hommes alors que les jeunes femmes sont pourtant nettement les plus affectées par cette pandémie.

Graphique 1. Pourcentage des jeunes de 15-24 ans exprimant des attitudes de tolérance à l'égard des personnes infectées par le VIH



Source : Élaboré à partir des rapports EDS des pays.

Recours des jeunes aux modes de prévention et de gestion des risques sexuels et reproductifs

La contraception et l'avortement sont les principaux modes de prévention et de gestion des risques sexuels et reproductifs auxquels les jeunes ont recours. Nous examinerons brièvement les principales tendances de ces recours.

Le recours à la contraception moderne

D'une manière générale, l'Afrique est encore loin d'une révolution contraceptive ; la prévalence de la contraception, bien que variant d'un pays à l'autre, y est globalement faible. D'après une synthèse récente de la littérature réalisée par Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker (2004), la prévalence de la contraception moderne, en Afrique subsaharienne, dans les années 2000 :

- n'atteint pas 8 % dans 15 pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Rwanda, Tchad et Togo) ;
- varie entre 8 et 15 % dans 6 pays (Ghana, Nigeria, Sénégal, Gabon, Comores et Tanzanie) ;
- varie entre 15 et 30 % dans 4 pays (Malawi, Ouganda, Zambie et Namibie) ;
- atteint ou dépasse 50 % dans 5 pays (Afrique du Sud, Botswana, Maurice, Cap-Vert et Zimbabwe).

C'est dans ce contexte de faible prévalence contraceptive qu'il convient d'examiner le comportement des jeunes en la matière. La contraception est relativement bien connue des jeunes. Dans la plupart des pays, la proportion des jeunes non mariés et sexuellement actifs qui connaissent au moins une méthode de contraception moderne dépasse 90 %, et c'est le préservatif qui est de loin la méthode la plus citée (Delaunay et Guillaume, 2006). Il faut dire que le contexte de diffusion de la pandémie du VIH/Sida a largement contribué à la promotion du préservatif auprès des jeunes, à la fois comme méthode contraceptive et comme moyen de prévention des IST.

La prévalence des méthodes médicalisées est relativement faible chez les jeunes. Dans la majorité des pays, elle n'atteint pas les 10 % chez les adolescentes non mariées et sexuellement actives de 15-19 ans, et 20 % chez leurs congénères de 20-24 ans, le préservatif étant le plus souvent préféré, particulièrement par les jeunes hommes (Delaunay et Guillaume, 2006). Examinons sa pertinence et son importance dans la régulation des naissances et la prévention des IST.

Le préservatif n'est pas une invention récente. À l'origine, il était surtout reconnu pour son action contraceptive. Mais la menace grandissante des IST, dont le VIH/Sida, a contribué à sa promotion comme une option de prévention anti-infectieuse aux côtés de l'abstinence et de la fidélité. Aujourd'hui, il est scientifiquement et empiriquement établi que le préservatif, utilisé seul de manière correcte et systématique, ou en complément d'une autre méthode contraceptive, offre une double protection efficace à la fois contre les IST et contre les grossesses non désirées. Mais on sait que, dans la réalité, l'utilisation du préservatif est souvent incorrecte

ou irrégulière, réduisant ainsi sensiblement sa double protection. Face à cette réalité, quelle forme de double protection, à la fois contraceptive et anti-infectieuse, devrait-on recommander ? Le préservatif seul ou en association avec une autre méthode contraceptive (pilule, DIU, injections, implants, diaphragme, stérilisation, etc.) ? Les recherches actuelles ne permettent pas de répondre à cette question.

Celles-ci ont surtout mis l'accent sur les niveaux de connaissance et d'utilisation du préservatif, ses déterminants et les obstacles à son utilisation (Agha *et al.*, 2002 ; Akoto *et al.*, 2002 ; Meekers et Klein, 2001 ; Calvès et Meekers, 1997 ; Meekers et Ahmed, 1997). L'impact des programmes de marketing social du préservatif est très rarement documenté (Agha et Van Rossem, 2001 ; Van Rossem et Meekers, 1999a et 1999b). Ces études s'appuient de plus en plus sur les cadres explicatifs des théories du changement du comportement préventif en matière de santé. On peut citer quatre théories principales. Le modèle de croyances en santé (*health beliefs model*) (Becker, 1974 ; Janz et Becker, 1984) met l'accent sur l'influence des croyances et perceptions relatives au VIH/Sida (gravité, vulnérabilité individuelle, efficacité des mesures de protection). La théorie de l'apprentissage social (*social learning theory*) (Glanz *et al.*, 1990 ; Bandura, 1994) met en évidence l'influence de l'auto-efficacité, c'est-à-dire la confiance de l'individu en ses capacités à s'engager avec succès dans un comportement préventif. La théorie de l'action raisonnée (*theory of reasoned action*) (Ajzen et Fishbein, 1997 ; Fishbein *et al.*, 1994) et celle du comportement planifié (*theory of planned behavior*) (Godin, 1996 ; Ajzen, 1985) mettent l'accent sur les réseaux sociaux (normes et référents sociaux) et la perception individuelle du contrôle comportemental (présence ou absence des ressources nécessaires, obstacles prévisibles), lesquels modulent l'intention de l'individu, sa disposition à sauter le pas pour observer un comportement inédit. Chacune de ces théories propose à sa manière une lecture des facteurs de causalité qui permet de prédire le comportement préventif suivant un raisonnement hypothético-déductif. Elles donnent également des explications sur le processus de prise de décision qui motive un individu à adopter ou non un comportement donné, notamment l'utilisation du préservatif. Le sentiment d'invulnérabilité individuelle au VIH/Sida, les perceptions négatives de la gravité de la maladie et de l'efficacité du préservatif, la faible auto-efficacité, l'influence négative des réseaux sociaux sont autant de facteurs d'entrave à l'utilisation du préservatif, mis en évidence dans ces théories.

Comme on peut le constater, les recherches actuelles n'ont pas étudié l'impact comparatif des formes de double protection contraceptive et anti-infectieuse du préservatif (seul ou en association avec une autre méthode de contraception) sur les niveaux et la régularité de son utilisation au sein de diverses populations cibles, notamment au sein de la sous-

population particulièrement vulnérable des jeunes. On ignore également leur impact sur l'efficacité et l'efficience des programmes. Cette perspective de recherche devrait être privilégiée.

Le recours des jeunes à l'avortement non sécurisé : définition, contexte social et rôle dans la dynamique démographique

L'avortement est une interruption de grossesse qui survient spontanément (avortement spontané) ou à la suite d'une action délibérée de la femme ou d'une tierce personne (avortement provoqué). Lorsqu'il est pratiqué en l'absence de toute assistance médicale, il peut être source de lourdes conséquences pour la santé de la femme, les conditions d'hygiène et de sécurité étant généralement insuffisantes. L'avortement provoqué dit non sécurisé, bien que préoccupant, est très peu connu et documenté en ce qui concerne l'Afrique.

L'une des raisons de cette lacune est le caractère tabou de l'avortement en Afrique du fait d'un environnement juridique et social prohibitif qui rend son étude difficile. Il est très souvent sous-déclaré, particulièrement lorsqu'il est pratiqué de façon clandestine. Son importance est soupçonnée dans les reculs de la fécondité, notamment dans les villes, mais rares sont les études qui le démontrent clairement (Tabutin et Schoumaker, 2004). D'après le rapport de l'EDS du Gabon (2000), 15 % des femmes ont déclaré avoir eu recours à l'avortement au moins une fois dans leur vie. Cette proportion est de 4 % chez les 15-19 ans et de 15 % chez les 20-24 ans. Près de 60 % des avortements chez les jeunes se déroulent sans assistance médicale.

Aussi bien pour les jeunes femmes célibataires que pour celles en union, l'avortement est une méthode ancienne de régulation de la fécondité (pour espacer comme pour limiter les naissances) qui existait et se pratiquait bien avant l'apparition des méthodes de contraception modernes, et le développement des programmes de planification familiale n'a pas encore réussi à le faire disparaître (Guillaume et Molmy, 2004). Toutes les femmes sont concernées par l'avortement mais les adolescentes, surtout celles qui sont scolarisées et qui vivent en ville, constituent un groupe à risque, car la grossesse est très souvent non envisageable pour elles en raison de la déscolarisation et de la désapprobation sociale qui lui sont associées.

Un état des lieux relativement complet sur la problématique de l'avortement provoqué en Afrique a été récemment fait par Agnès Guillaume et William Molmy (2004) à partir des travaux réalisés entre 1990 et 2003. Les questions relatives au contexte juridique et social, les difficultés méthodologiques liées aux données et à la mesure du

phénomène, les motifs et les conséquences sanitaires et sociales y sont abordés. Cet état des lieux montre que l'avortement provoqué en Afrique est à la fois un problème de santé publique et un problème économique et social. Son estimation actuelle n'est qu'un reflet partiel du phénomène qui serait en plein développement, malgré la gravité de ses conséquences. La détermination de l'ampleur, des motifs et des conséquences de l'avortement provoqué chez les personnes à risque, notamment les adolescentes scolarisées, est et sera encore une préoccupation scientifique et programmatique importante des recherches futures à partir de sources de données adéquates qui sont loin de faire l'unanimité. Un accent particulier devrait être mis sur l'avortement non sécurisé, dont l'ampleur, les motivations et les conséquences sont peu connues et documentées.

Perspectives de recherche

Ce tour d'horizon de la sexualité prémaritale et de la santé de la reproduction des jeunes en Afrique met en évidence la difficulté de leur étude en raison de l'absence de données adéquates. Les enquêtes EDS, qui sont les principales sources de données disponibles, ne permettent pas d'aborder le sujet dans toute sa profondeur et sa représentativité, du fait notamment de l'approche transversale qui les caractérise. Les indicateurs qui en découlent, bien qu'ayant permis d'améliorer nos connaissances, sont peu parlants et peu éclairants pour l'action. Les études futures devraient s'appuyer sur les enquêtes de type biographique qui renseignent mieux sur la dynamique de la sexualité et de la procréation prémaritales, et sur la régulation des naissances, tout en les mettant en relation avec les mutations économiques et sociales qui les accompagnent et qui constituent leur fondement.

La problématique de la sexualité et de la procréation prémaritales ainsi que les modes de régulation des naissances devraient être davantage documentés dans leur contexte social actuel, sans cesse en mutation. Ils devraient être sous observation permanente et représenter un enjeu dans les décisions politiques, en mettant en évidence ce qui est commun entre les pays, les contextes et les catégories sociales, mais aussi leurs spécificités respectives. En identifiant et en caractérisant les besoins des jeunes en matière de régulation des naissances, les politiques et programmes de population pourraient mieux y répondre. Deux perspectives pertinentes sont à envisager : l'évaluation de l'impact comparatif de la double protection contraceptive et anti-infectieuse du préservatif d'une part, et la problématique du recours des jeunes aux avortements non sécurisés, d'autre part.

On sait qu'à l'origine la promotion du préservatif reposait avant tout sur son action contraceptive. Mais avec l'émergence et la propagation du VIH/Sida et des autres IST, on lui reconnaît également une protection anti-infectieuse. Aujourd'hui, le préservatif est préconisé à la fois comme méthode de prévention des grossesses non désirées et comme moyen de prévention des IST. Pourtant, il existe très peu d'évidences empiriques permettant de vérifier si la double protection (contraceptive et anti-infectieuse) du préservatif est perçue et reconnue comme telle au sein des populations cibles, en l'occurrence la sous-population des adolescents et des jeunes. On ignore également l'impact de la promotion du préservatif tant sur les niveaux et la régularité de son utilisation que sur l'efficacité et l'efficience des programmes. Concrètement, les études futures devraient :

- identifier les perceptions relatives à la double protection contraceptive et anti-infectieuse du préservatif parmi les jeunes ;
- identifier les formes de double protection préférées : préservatif seul ou en association avec une autre méthode de contraception moderne (pilule, injectables, implants, DIU, stérilisation, etc.) ;
- identifier les obstacles liés à l'utilisation de l'une ou l'autre forme de double protection ;
- mesurer l'impact comparatif de la promotion des formes de double protection sur les niveaux et la régularité de leur utilisation ;
- déterminer l'impact de chacune des formes de double protection sur l'efficience des programmes de santé sexuelle et reproductive, notamment en déterminant le meilleur coût-efficacité.

De même, les recherches futures devraient s'employer à déterminer l'ampleur, les motifs et les conséquences de l'avortement non sécurisé au sein des jeunes filles scolarisées, en particulier dans les villes africaines où ce phénomène est particulièrement fréquent. L'identification des moyens efficaces de prévention de cette pratique devrait faire l'objet d'une attention particulière.

Conclusion

L'importante contribution des jeunes à la dynamique démographique du continent africain, leur vulnérabilité particulière aux risques sexuels et reproductifs dans un contexte de diffusion rapide de la pandémie du VIH/Sida, leur rôle en tant qu'acteurs du changement et moteurs du développement sont autant d'éléments qui justifient le fait que leurs comportements sexuels et reproductifs, notamment dans la période prémaritale, soient au centre des politiques et programmes de population et de santé

des États. Leur étude se heurte cependant à un problème d'absence de données adéquates. Les enquêtes EDS, qui constituent la principale source de données disponibles, abordent le sujet de manière très imparfaite. L'approche transversale qui les caractérise ne permet pas d'étudier la santé sexuelle et reproductive des jeunes de manière représentative pour la période prémaritale. Les indicateurs qui en découlent, bien qu'ayant permis d'améliorer nos connaissances, ne restituent pas intégralement et de façon suffisamment compréhensible les fondements sociaux des comportements sexuels et reproductifs des jeunes. Les enquêtes de type biographique sont vivement recommandées parce qu'elles permettent de lier l'évolution de ces phénomènes aux mutations économiques et sociales qui les accompagnent et qui constituent en quelque sorte leur fondement.

L'état des lieux du contexte social de la sexualité et de la fécondité prémaritales a mis en évidence deux types de modèles. On a d'une part les modèles traditionnels, dans lesquels l'encadrement de la sexualité et de la procréation prémaritales est principalement assuré par la culture et les institutions sociales (famille, religions), et, d'autre part, les modèles modernes qui façonnent le contexte actuel et se caractérisent par l'émergence de nouveaux acteurs dans le contrôle social de ces phénomènes, dans un environnement économique défavorable et une situation épidémiologique de diffusion du VIH/Sida.

Dans les modèles traditionnels, les contextes de forte prévalence de la stérilité et de valorisation importante de la fécondité apparaissent comme les principaux facteurs favorables à la sexualité et à la procréation pré-nuptiales, tandis que le mariage précoce, l'excision, l'infibulation et le port d'amulettes protectrices constituent les principaux leviers utilisés pour lutter contre ces phénomènes lorsqu'ils sont socialement prohibés. Les modèles modernes sont, dans un contexte de pauvreté grandissante, caractérisés par l'émergence de nouveaux acteurs (écoles, pairs et médias) dans l'encadrement social des jeunes, le relâchement des mécanismes traditionnels de contrôle (institutions religieuses, autorité parentale) de la sexualité, l'allongement de la période prémaritale et le recours aux rapports sexuels rétribués. Tous ces éléments sont de nature à favoriser la sexualité et la procréation pré-nuptiales.

La recherche peut sensiblement contribuer à améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, en identifiant et en caractérisant leurs besoins en matière de régulation des naissances pour permettre aux politiques et programmes de population de mieux y répondre. Elle pourrait également aider à déterminer les conditions sociales de mise en place de ces programmes ou de renforcement de leur efficacité et de leur efficience. Deux perspectives de recherche ont été identifiées et documentées suivant un canevas méthodologique à développer en fonction des contextes : l'évaluation de l'impact comparatif de la double protection contraceptive et anti-infectieuse du préservatif, d'une part, et la

problématique du recours des jeunes aux avortements non sécurisés, d'autre part.

Bibliographie

- ABEGA S.C. *et al.* (1994), *Apprentissage du vécu social de la sexualité chez les jeunes camerounais de 15 à 30 ans*, Rapport de mi-parcours, Genève-Yaoundé, Organisation mondiale de la santé-Université de Yaoundé I.
- ADJAMAGBO A., ANTOINE P. et DELAUNAY V. (2004), « Naissances prémaritales au Sénégal : confrontation de modèles urbain et rural », *Cahier québécois de démographie*, vol. 33, n° 2, p. 239-272.
- AGHA S. *et al.* (2002), *Reasons for Non-Use of Condoms in Eight Countries in Sub-Saharan Africa*, Working Paper n° 18, PSI Research Division.
- AGHA S. et VAN ROSSEM R. (2001), *The Impact of Mass Media Campaigns on Intentions to Use the Female Condom in Tanzania*, Working Paper n° 44, PSI Research Division.
- AHMAT A. (1995), « La population centrafricaine menacée par la stérilité et l'infécondité », *Des mots et des graphes*, n° 8, p. 1-3.
- AJZEN I. (1985), « From Intentions to Actions. A Theory of Planned Behavior », in Kuhl J. et Beckman J. (eds.), *From Cognition to Behavior*, Heidelberg, Springer, p. 11-39.
- AJZEN L. et FISHBEIN M. (eds.) (1997), *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- AKOTO E. *et al.* (2002), *Obstacles à l'utilisation du condom : perceptions et vécu des personnes sexuellement actives en milieu urbain au Cameroun*, Rapport provisoire, Yaoundé, IFORD et SFPS-Tulane University.
- ANDERSON J.E. *et al.* (1990), « HIV/AIDS Knowledge and Sexual Behavior among High School Students », *Family Planning Perspectives*, n° 22, p. 252-255.
- ANTOINE P., OUEDRAOGO D. et PICHE V. (dir.) (1998), *Trois générations de citoyens au Sahel*, Paris, L'Harmattan.
- BANDURA A. (1994), « Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection », in DiClemente R.J. et Peterson J.L. (eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*, New York, Plenum Press, p. 25-59.
- BECKER M.H. (1974), « The Health Belief Model and Sick-Role Behavior », *Health Education Monographs*, n° 2, p. 409-428.

- BLED SOE C.H. et COHEN B. (1993), *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, Washington D.C., National Academic Press.
- BOZON M. (2003), « À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes », *Population et Sociétés*, n° 391, p. 1-4.
- BOZON M. et HERTRICH V. (2004), « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique latine », in Guillaume A. et Khlat M. (dir.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, p. 35-53.
- BRIEGER W.R. et al. (2001), « West African Youth Initiative: Outcome of a Reproductive Health Education Program », *Journal of Adolescent Health*, vol. 29, n° 6, p. 436-446.
- CALDWELL J.C., ORUBULOYE I.O. et CALDWELL P. (1990), « Changes in the Nature and Levels of Sexual Networking in an African Society: The Destabilization of the Traditional Yoruba System », *Health Transition*, Working Paper n° 4.
- CALVÈS A.E. (1999), « Premarital Sexuality and Fertility in Cameroon: Relevance of the Social Disorganization and Rational Adaptation Models », in Tabutin D., Gourbin C., Masuy-Stroobant G. et Schoumaker B. (dir.), *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Chaire Quetelet 1997, Louvain-la-Neuve/Paris, Academia-Bruylant/L'Harmattan, p. 397-418.
- CALVÈS A.E. et MEEKERS D. (1997), *Gender Differentials in Premarital Sex, Condom Use, and Abortion: A Case Study of Yaounde, Cameroon*, Working Paper n° 10, PSI Research Division.
- CHILMAN C.S. (1986), « Some Psychosocial Aspects of Adolescent Sexual and Contraceptive Behaviours in Changing American Society », in Lancaster J.B. et Hamburg B.A. (eds.), *School-Age Pregnancy and Parenthood: Biosocial Dimensions*, New York, Aldin de Gruyter, p. 191-217.
- DELAUNAY V. (1994), *L'Entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, Paris, CEPED, coll. « Les Études du CEPED » n° 7.
- DELAUNAY V. et GUILLAUME A. (2006), « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 215-267.
- DIOP N.J. (1995), *La Fécondité des adolescentes au Sénégal*, Union pour l'étude de la population africaine, Rapport d'étude n° 11.
- DIXON-MUELLER R. et WASSERHEIT J. (1991), *The Culture of Silence: Reproductive Tract Infections among Women in the Third World*, New

- York, <http://www.iwhc.org/docUploads/cultureofsilence.pdf>.
- FERRY B. (1995), « Risk Factors Related to HIV Transmission: Sexually Transmitted Diseases, Alcohol Consumption and Medically-related Injections », in Cleland J. et Ferry B. (eds.), *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*, WHO, p. 193-207.
- FISHBEIN M., MIDDLESTADT S.E. et HITCHCOCK P.J. (1994), « Using Information to Change Sexually Transmitted Disease-Related Behaviors: An Analysis Based on the Theory of Reasoned Action », in DiClemente R.J. et Peterson J.L. (eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*, New York, Plenum Press, p. 61-79.
- GASTINEAU B. et BINET C. (2006), *Améliorer la santé de la reproduction à Madagascar. Des chercheurs et des acteurs de santé publique se concertent*, La Chronique du CEPED.
- GLANZ K., LEWIS F.M. et RIMER B.K. (1990), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass.
- GODIN G. (1996), « The Theory of Planned Behavior: A Review of its Applications to Health-Related Behaviors », *American Journal of Health Promotion*, n° 11, p. 87-98.
- GUILLAUME A. et MOLMY W. (2004), *L'Avortement en Afrique. Une revue de la littérature des années 1990 à nos jours*, Paris, CEPED (publication consultable sur le site <http://ceped.cirad.fr>).
- GYEPI-GARBRAH B. (1985), *Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa: An Overview*, Boston et Nairobi, The Pathfinder Fund.
- ILINIGUMUGABO A., WALLA G. et AZOMBO M. (1996), *Causes et conséquences des grossesses chez les adolescentes au Cameroun*, Research Report Series n° 3, CEFA, CAMNAFAW.
- JANZ N.K. et BECKER M.H. (1984), « The Health Belief Model: A Decade Later », *Health Education Quarterly*, n° 11, p. 1-47.
- KALAMBAYI BANZA B. et DUCHENE J. (2006), *Sexualité des écoliers de Kinshasa. De la guerre de libération à la libération sexuelle. Nécessité d'une éducation sexuelle libérée*, Communication au colloque international « Éducation, violences, conflits et perspectives de paix en Afrique », Yaoundé (Cameroun), 6-10 mars.
- KAUFMAN C.E. et STAVROU S.E. (2002), *Bus Fare, Please: The Economics of Sex and Gifts among Adolescents in Urban South Africa*, Working Paper n° 166, Population Council, Policy Research Division.
- LALOU R., ROGIER C. et FRANCKE PURUENHCE M. (2006), « Les épidémies du VIH/SIDA en République du Congo dans un contexte d'après guerre : disparités géographiques et pluralité des environnements à risque », in Desgrées du Loû A. et Ferry B. (dir.), *Sexualité*

- et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*, CEPED, p. 27-58.
- MEEKERS D. et AHMED G. (1997), *Adolescent Sexuality in Southern Africa: Cultural Norms and Contemporary Behavior*, Working Paper n° 2, PSI Research Division.
- MEEKERS D. et KLEIN M. (2001), *Determinants of Condom Use among Unmarried Youth in Yaounde and Douala, Cameroon*, Working Paper n° 47, PSI Research Division.
- MENKEN J. (1980), « The Health and Demographic Consequences of Adolescent Pregnancy and Childbearing », in Chilman C.S. (ed.), *Adolescent Pregnancy and Childbearing: Findings from Research*, Washington D.C., US Department of Health and Human Services, p. 157-205.
- MEREDITH P. (1986), « Culture et sous-culture de génération », *Adolescents*, IPPF, p. 7-15.
- MISKE-TALBOT A. (1984), « Instabilité des valeurs de socialisation de l'enfant », *Environnement africain*, n° 14-15-16, p. 165-176.
- OMBOLO J.P. (1990), *Sexe et société en Afrique noire. L'anthropologie sexuelle Beti : essai analytique, critique et comparatif*, L'Harmattan.
- ONUSIDA et OMS (2003), *Point sur l'épidémie du Sida*, Genève.
- RETEL-LAURENTIN A. (1974), *Infécondité en Afrique noire. Maladies et conséquences sociales*, Paris, Masson et C^{ie}.
- REY S. (1989), « Entre avec la fraîcheur dans la maison » - *Schémas de reproduction et de santé, évolution du statut des femmes et transformations des milieux en pays moba-gurma (Nord Togo)*, thèse de doctorat, Université de Provence.
- SCHWARTZ A. (1978), « Fécondité et mortalité avant l'âge de trois ans chez les Krou de Côte d'Ivoire », in Oppong C. et al. (eds.), *Marriage, Fertility and Parenthood in West Africa*, The Australian National University, p. 453-472.
- SENDEROWITZ J et PAXMAN J.M. (1985), « Adolescent Fertility: Worldwide Concerns », *Population Bulletin*, vol. 2, n° 40, p. 3-49.
- SONGUÉ P. (1986), *La Prostitution en Afrique. L'exemple de Yaoundé*, Paris, L'Harmattan.
- SPEIZER I.S., TAMBASHE B.O. et TEGANG S.P. (2001), « An Evaluation of the "Entre nous jeunes" Peer-Educator Program for Adolescents in Cameroon », *Studies in Family Planning*, n° 32, p. 339-351.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population*, vol. 3-4, n° 59, p. 521-622.
- UNITED NATIONS (1988), *Adolescent Reproductive Behaviour*.

Evidence from Developing Countries, vol. II, Populations Studies n° 109, New York, Department of International Economic and Social Affairs.

VAN ROSSEM R. et MEEKERS D. (1999a), *An Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent and Young Adult Reproductive Health in Cameroon*, Working Paper n° 19, PSI Research Division.

— (1999b), *An Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent Reproductive Health in Guinea*, Working Paper n° 23, PSI Research Division.

VOYDANOFF P. et DONNELLY B.W. (1990), *Adolescent Sexuality and Pregnancy*, Newbury Park, Sage Publications.

WULF D. et SINGH S. (1991), « Sexual Activity, Union and Childbearing among Adolescent Women in the Americas », *International Family Planning Perspectives*, vol. 4, n° 17, p. 137-144.

WHO (1986), *Young People's Health: A Challenge for Society*, Technical Report Series n° 731, Genève.

— (1998), *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*, Genève, Department of Child and Adolescent Health and Development.

YANA S. (1995), *À la recherche des modèles culturels de la fécondité au Cameroun*, Louvain-la-Neuve/Paris, Academia-Bruylant/L'Harmattan.

Tableau annexe 1. Indicateurs relatifs à l'entrée en vie sexuelle

Indicateur	Définition	Mode de calcul	Données requises	Interprétation	Forces	Limites
Âge médian au premier rapport sexuel	Âge auquel la moitié des personnes enquêtées (généralement les 15-49 ans sexuellement actifs) ont eu pour la première fois un rapport sexuel avec pénétration	Médiane des âges des personnes enquêtées au premier rapport sexuel avec pénétration	- Âge au premier rapport sexuel avec pénétration - Nombre de personnes (de 15-49 ans) sexuellement actives	- Mesure le calendrier de l'initiation sexuelle dans une approche démographique - Plus il est faible et tend vers 15 ans, plus l'entrée en vie sexuelle est précoce - L'indicateur est plus programmatiquement utile lorsqu'il se situe entre 15 et 19 ans - Au-delà de 19 ans, la promotion de l'abstinence a peu d'intérêt	Permet de mesurer l'évolution intergénérationnelle en comparant deux groupes d'âge : les 45-49 ans et les 20-24 ou 25-29 ans par exemple	Indicateur sensible aux effets de mémoire inhérents à l'approche rétrospective
% des jeunes sexuellement actifs	% des jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois	$\% = \frac{\text{Nombre des jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre total des jeunes de 15-24 ans}} \times 100$	- Nombre des jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois. - Nombre total des jeunes de 15-24 ans	- L'indicateur est un proxy de l'intensité de l'activité sexuelle - Plus l'indicateur est élevé plus l'activité sexuelle est intense chez les jeunes.	Indicateur pertinent pour évaluer l'impact des interventions visant à promouvoir l'abstinence sexuelle auprès des jeunes	La taille généralement restreinte rend difficile l'analyse et l'interprétation

Tableau annexe 2. Indicateurs relatifs à la sexualité prémaritale

Indicateur	Définition	Mode de calcul	Données requises	Interprétation	Forces	Limites
Durée moyenne d'exposition à la sexualité prémaritale	Écart entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge au premier mariage	Âge médian au premier rapport sexuel avec pénétration – âge médian au premier mariage	- Âge médian au premier rapport sexuel avec pénétration - Âge médian au premier mariage	- Une valeur inférieure à 0 traduit l'existence d'une sexualité prémaritale dont la durée augmente à mesure que cette valeur diminue - Une valeur supérieure ou égale à 0 traduit l'absence d'une sexualité prémaritale ou l'existence d'une sexualité maritale	- Indicateur pertinent pour évaluer l'impact des interventions visant à lutter contre la sexualité prémaritale ou à promouvoir l'abstinence jusqu'au mariage - Est une mesure des changements des traditions culturelles préconisant l'activité sexuelle précoce et prémaritale	Indicateur sensible aux effets de mémoire inhérents à l'approche rétrospective
% des jeunes célibataires sexuellement actifs	% des jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois	$\% = \frac{\text{Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre total des jeunes célibataires de 15-24 ans}} \times 100$	- Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec pénétration au cours des 12 derniers mois - Nombre total des jeunes célibataires de 15-24 ans	Plus la valeur de l'indicateur est élevée (tend vers 100), plus élevée est l'intensité de la sexualité prémaritale	- Indicateur pertinent pour évaluer l'impact des interventions visant à lutter contre la sexualité prémaritale ou à promouvoir l'abstinence jusqu'au mariage - Est une mesure des changements des traditions culturelles préconisant l'activité sexuelle précoce et prémaritale	- La taille généralement restreinte rend difficile l'analyse et l'interprétation - Il ne prend pas en compte l'activité sexuelle prémaritale des jeunes actuellement en union

Tableau annexe 2 (suite). Indicateurs relatifs à la sexualité prémaritale

Indicateur	Définition	Mode de calcul	Données requises	Interprétation	Forces	Limites
Nombre moyen des partenaires sexuels chez les jeunes célibataires	Nombre moyen des partenaires sexuels durant les 12 derniers mois chez les jeunes célibataires de 15-24 ans	Moyenne arithmétique pondérée du nombre des partenaires sexuels durant les 12 derniers mois chez les jeunes célibataires de 15-24 ans.	• Nombre des partenaires sexuels durant les 12 derniers mois • Nombre total des jeunes célibataires de 15-24 ans	• Permet d'apprécier la fréquence du multipartenariat sexuel parmi les jeunes célibataires • Plus il augmente au-dessus de 1, plus fréquent est le multipartenariat sexuel	• Indicateur pertinent pour évaluer l'impact des interventions visant à lutter contre le multipartenariat en tant que facteur à risque d'IST chez les jeunes	• Indicateur non représentatif de l'activité sexuelle prémaritale. Ne prend pas en compte le multipartenariat sexuel prémarital des jeunes actuellement en union • La tendance à sous-déclarer le multipartenariat peut biaiser l'indicateur

Tableau annexe 3. Indicateurs relatifs à la fécondité prémaritale

Indicateur	Définition	Mode de calcul	Données requises	Interprétation	Forces	Limites
Durée moyenne entre la première naissance et le premier mariage	Écart entre l'âge à la première naissance et l'âge au premier mariage	Âge médian à la première naissance – âge médian au premier mariage	• Âge médian à la première naissance • Âge médian au premier mariage	• Mesure la déconnexion entre procréation et mariage • Une valeur inférieure à 0 traduit l'existence d'une fécondité prémaritale (la première naissance précède le premier mariage) • Une valeur supérieure ou égale à 0 traduit l'existence d'une fécondité maritale	• Est une mesure des changements des traditions culturelles préconisant la maternité dans le mariage	• L'indicateur ne prend pas en compte toutes les grossesses prémaritales. Il exclut les grossesses prémaritales interrompues volontairement ou non

Tableau annexe 3 (suite). Indicateurs relatifs à la fécondité prémaritale

Indicateur	Définition	Mode de calcul	Données requises	Interprétation	Forces	Limites
% des jeunes femmes ayant commencé leur vie familiale par une naissance	% des jeunes femmes de 15-24 ans dont la première naissance a précédé le premier mariage	$\% = \frac{\text{Nombre des jeunes femmes de 15-24 ans dont la première naissance a précédé le premier mariage}}{\text{Nombre des jeunes femmes de 15-24 ans}} \times 100$	• Nombre des jeunes femmes de 15-24 ans dont la première naissance a précédé le premier mariage • Nombre des jeunes femmes de 15-24 ans	• Mesure la probabilité pour une jeune femme de débiter sa vie familiale par une naissance	• L'évolution intergénérationnelle de l'indicateur (variation entre groupes d'âge) mesure les changements du modèle traditionnel préconisant la procréation dans le mariage	• L'indicateur ne rend pas compte de toutes les grossesses prémaritales. Il exclut les grossesses prémaritales interrompues volontairement ou non
% des jeunes célibataires ayant déjà donné au moins une naissance	% des jeunes célibataires de 15-24 ans ayant déjà donné au moins une naissance	$\% = \frac{\text{Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans ayant déjà donné au moins une naissance}}{\text{Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans}} \times 100$	• Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans ayant déjà donné au moins une naissance • Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans	• Mesure la fréquence des naissances parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans • Il est un proxy partiel de la fécondité prémaritale	• Permet d'évaluer l'impact des interventions visant à lutter contre la fécondité hors mariage au sein des jeunes	• L'indicateur n'est pas représentatif de l'ensemble des grossesses prémaritales. Il exclut les grossesses prémaritales interrompues volontairement ou non. Il exclut également les naissances prémaritales des jeunes mariés

Tableau annexe 4. Indicateurs relatifs à la vulnérabilité aux IST

Indicateur	Définition	Mode de calcul	Données requises	Interprétation	Forces	Limites
Prévalence des comportements sexuels à haut risque parmi les jeunes célibataires sexuellement actifs	% des jeunes célibataires sexuellement actifs qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois avant l'enquête	$\% = \frac{\text{Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois avant l'enquête}}{\text{Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs}} \times 100$	- Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois avant l'enquête - Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs	Mesure la fréquence des comportements sexuels à haut risque parmi les jeunes célibataires. Plus sa valeur est élevée, plus la fréquence de ces comportements est élevée	Permet d'évaluer en partie les besoins en matière de prévention des IST	Ne donne pas une vue représentative de la prévalence des comportements sexuels à haut risque durant la période de l'activité sexuelle prémaritale
Prévalence des IST parmi les jeunes célibataires sexuellement actifs	% des jeunes célibataires sexuellement actifs qui déclarent avoir eu au moins une IST au cours des 12 derniers mois avant l'enquête	$\% = \frac{\text{Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs qui déclarent avoir eu au moins une IST au cours des 12 derniers mois avant l'enquête}}{\text{Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs}} \times 100$	- Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs qui déclarent avoir eu au moins une IST au cours des 12 derniers mois avant l'enquête - Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs	Mesure le degré de vulnérabilité spécifique des jeunes célibataires aux IST. Plus sa valeur est élevée, plus grande est cette vulnérabilité	Permet d'évaluer en partie les besoins en matière de prise en charge des IST	- Une méconnaissance ou l'absence de dépistage des IST peuvent conduire à une sous-déclaration des épisodes - Ne donne pas une vue représentative de la prévalence des IST durant la période de l'activité sexuelle prémaritale

Tableau annexe 5. Indicateurs relatifs aux modes de régulation des naissances

Indicateur	Définition	Mode de calcul	Données requises	Interprétation	Forces	Limites
Taux de prévalence contraceptive chez les jeunes célibataires	% des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs utilisant une quelconque méthode de contraception au moment de l'enquête selon le type de méthode	% = Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs utilisant une quelconque méthode de contraception au moment de l'enquête Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs x 100	• Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans utilisant une quelconque méthode de contraception au moment de l'enquête • Nombre des jeunes célibataires de 15-24 ans sexuellement actifs	• Mesure les niveaux d'utilisation de la contraception chez les jeunes sexuellement actifs par type de méthode	• Permet de déterminer les méthodes les plus utilisées par les jeunes célibataires sexuellement actifs et d'évaluer ainsi l'impact des interventions visant à promouvoir l'une ou l'autre méthode	• Ne donne pas une vue représentative des niveaux d'utilisation de la contraception durant la période d'activité sexuelle prémaritale
Prévalence de l'avortement non sécurisé parmi les jeunes femmes célibataires sexuellement actives	% des jeunes femmes célibataires de 15-24 ans sexuellement actives ayant déjà eu recours à l'avortement sans assistance médicale	% = Nombre des femmes célibataires de 15-24 ans sexuellement actives ayant déjà eu recours à l'avortement sans assistance médicale Nombre des jeunes femmes célibataires de 15-24 ans sexuellement actives x 100	• Nombre des jeunes femmes célibataires de 15-24 ans sexuellement actives ayant déjà eu recours à l'avortement sans assistance médicale • Nombre des jeunes femmes célibataires de 15-24 ans sexuellement actives	• Mesure la prévalence de l'avortement non sécurisé parmi les jeunes femmes sexuellement actives	• La variabilité sociale de l'indicateur permet d'identifier les groupes potentiellement à risque	• Ne donne pas une vue représentative des avortements survenus au cours de la période prémaritale • L'indicateur est sujet à sous-déclaration dans un contexte où l'avortement est prohibé sur le plan juridique et social

Synthèse

Entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne

Patrice VIMARD

Selon les dernières projections de population, publiées par les Nations unies en 2007, la population mondiale pourrait encore augmenter de 50 % dans les cinquante prochaines années et passer de 6,1 milliards en 2000 à 9,2 milliards en 2050. Parallèlement, la population de l'Afrique subsaharienne pourrait être multipliée par 2,6 et passer de 680 millions en 2000 à 1,760 milliard en 2050 (United Nations, 2007a). Encore faut-il privilégier l'hypothèse d'une convergence des comportements démographiques à l'échelle de la planète, avec une baisse rapide de la mortalité et de la fécondité dans les pays africains, ce que les évolutions récentes de certains d'entre eux rendent encore incertain. La croissance démographique en Afrique, comme le montrent ces chiffres, reste exceptionnellement forte. La situation démographique en Afrique subsaharienne est, quant à elle, devenue plus complexe, avec l'émergence du VIH/Sida et, dans certains pays, des remontées de la mortalité ainsi que des interruptions dans la baisse de la fécondité, que l'on croyait pourtant bien amorcée et durable. De fait, quelles que soient les hypothèses d'évolution future que l'on retienne, la croissance démographique au sud du Sahara est une donnée incontournable de ce début de XXI^e siècle, et elle le restera longtemps encore, à cause du poids des générations en âge de reproduction durant la majeure partie du siècle (United Nations, 2007b). Les effets de cette croissance démographique sur le développement économique et social et sur les conditions de vie des populations constituent donc des éléments majeurs du devenir de la région.

Les facteurs affectant les performances économiques des différentes nations sont divers, complexes et profondément ancrés dans le passé. L'un de ces facteurs, agissant en interaction avec les autres, est le comportement démographique. Durant l'époque moderne, les processus de développement des pays européens ont été stimulés par la croissance de la population, lors des premières phases de la transition démographique. Une croissance d'ailleurs relativement modérée, que ces pays, aujourd'hui riches, surent ensuite contrôler, grâce à l'évolution des mentalités et des structures sociales, grâce à la mise en place de politiques et d'institutions adaptées (Demeny et McNicoll, 2006), et grâce à des mouvements massifs d'émigration transocéanique (Chesnais, 1986). Par rapport à ce modèle de développement, force est aujourd'hui de constater que l'Afrique subsaharienne n'a pas obtenu de réel décollage économique. Elle n'a pas su ou n'a pas pu s'appuyer sur sa croissance démographique pour stimuler sa croissance économique. L'Afrique dispose pourtant d'atouts importants : des ressources humaines, une richesse du sous-sol ainsi que des capacités agricoles et forestières qui restent malheureusement souvent mal exploitées ou à l'état de potentialités.

Contrairement aux pays émergents d'Asie et d'Amérique latine, de nombreux pays au sud du Sahara restent donc confrontés à une croissance économique insuffisante et à une croissance démographique mal maîtrisée. Ils n'ont pas encore trouvé le chemin du développement et demeurent ainsi en dehors du mouvement actuel de mondialisation. Après une décennie post-indépendance marquée par quelques progrès encourageants, leur PNB par tête a peu évolué depuis les années 1970¹. Si le regain économique de ces dernières années laisse espérer le retour de progrès durables, comme semblent le penser les institutions en place telles que la Commission économique pour l'Afrique des Nations unies et l'Union africaine, les facteurs d'instabilité sont encore importants (dépendance de la plupart des pays à forte croissance envers la rente pétrolière, instabilité politique et conflits militaires encore nombreux, déficience de la puissance publique, etc.). D'ailleurs, la portée de la récente reprise du PNB ne doit pas être surestimée, car cet indicateur est très imparfait. Pour nombre de pays, il ne reflète, par exemple, que la valorisation de la ressource pétrolière ou minière ou encore quelques bonnes récoltes suite à des conditions climatiques favorables. La question des inégalités des revenus, des niveaux de vie et des patrimoines ou celle du contexte social ne sont pas non plus prises en compte par le PNB. En outre, celui-ci ignore l'épuisement des ressources non reproductibles, il ne comptabilise

1. Il y a trente ans, le revenu moyen par tête était en Afrique subsaharienne deux fois plus élevé qu'en Asie de l'Est ; aujourd'hui, il est bien en dessous de la moitié, et ce décrochement de l'Afrique est comparable avec les autres régions du monde en développement.

évidemment pas les activités illicites, en plein essor, et enfin il ne prend que très imparfaitement en compte les activités informelles qui contribuent souvent de manière plus importante au PNB que les activités formelles. En bref, l'évolution positive du PNB par tête peut refléter une certaine croissance économique sur quelques années, mais cette croissance apparaît très éloignée du développement durable, le seul qui soit susceptible d'offrir à moyen terme de meilleures conditions de vie aux populations comme aux générations futures.

Aussi peut-on douter que les succès actuels soient suffisants pour endiguer la pauvreté. Six pays seulement ont atteint en 2004 le taux de croissance de 7 % ou plus, requis pour atteindre le premier Objectif du Millénaire pour le développement (réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015) : Tchad, Guinée équatoriale, Liberia, Éthiopie, Angola et Mozambique. Et, parmi ces 6 pays, seuls le Tchad, la Guinée équatoriale et le Mozambique ont soutenu ce rythme de croissance depuis 2001, et l'Angola depuis 2002 (CEA, 2005). En fait si la proportion de personnes vivant en Afrique subsaharienne dans une extrême pauvreté, avec moins d'un dollar par jour, n'a pratiquement pas bougé entre 1990 et 2002 (de 44,6 % à 44 %), leur effectif s'est accru de 140 millions (United Nations, 2006a).

À cette marginalisation économique globale de l'Afrique subsaharienne s'ajoutent des inégalités relativement fortes entre les pays, qui s'intensifient avec la mondialisation. Les pays ayant bénéficié d'une croissance soutenue depuis leur indépendance et qui ont su se doter au fil des ans d'une démocratie suffisamment stable et fonctionnelle, d'une bonne gouvernance et d'une identité nationale, peuvent davantage participer aux échanges de l'économie internationale et tirer profit des investissements privés, de l'aide publique au développement et de l'accès à des technologies évoluées (Botswana, Maurice, Ghana, Bénin, Afrique du Sud). À l'inverse, parmi les pays qui ont vu leur PNB progresser faiblement, ou même stagner ou régresser, depuis leur indépendance, nombreux sont ceux qui ont souffert de guerres civiles ou d'instabilité politique et se caractérisent aujourd'hui par des structures étatiques et des services de santé et d'éducation déliquescents, voire absents sur une partie de leur territoire national (Côte d'Ivoire, Nigeria, Congo, etc.). Sans oublier les pays en faillite depuis de nombreuses années (République démocratique du Congo, Somalie). Tous ces pays ont aujourd'hui moins de capacités d'accès aux opportunités offertes par la mondialisation et ils ne profitent souvent que de la face trouble de celle-ci : trafic de drogues et d'armes, échanges parallèles échappant aux contrôles des États. Dans une économie de plus en plus globalisée, les cercles vicieux sont à la mesure des cycles vertueux. De ce fait, l'avenir des différents pays subsahariens repose en partie sur leurs capacités à mieux utiliser le monde extérieur

comme source d'investissement, d'aide et d'assistance humanitaire (Clapham, 2006 ; National Intelligence Council, 2005)².

Si l'Afrique subsaharienne est la région la plus en retard dans le processus de développement, elle se trouve être également la région la moins avancée dans le mouvement de transition démographique. Sur le plan économique et social, l'Afrique subsaharienne a, en 2004, le PIB par tête le plus faible de toutes les grandes régions en développement : 1 946 dollars (en parité de pouvoir d'achat), ce qui représente seulement les 2/3 de celui de l'Asie du Sud (3 072 dollars), la région la moins bien lotie après elle. Son indice de développement humain est de 0,472 contre 0,599 pour l'Asie du Sud. Dans le domaine de l'éducation, l'Afrique subsaharienne parvient à faire jeu égal avec l'Asie du Sud : 63 % d'adultes de plus de 15 ans alphabétisés contre 61 %, mais elle reste loin des pays arabes (70 %) et encore plus de l'Asie de l'Est et de l'Amérique latine (90 %) (UNPD, 2006).

Sur le plan démographique, la croissance annuelle de la population en Afrique subsaharienne a été et restera demain la plus élevée dans le monde. Selon les estimations des Nations unies, elle est restée égale ou supérieure à 2,5 % par an de 1960-1965 à 2000-2005, et elle devrait être encore de 2,3 % en 2010-2015. À cette croissance démographique exceptionnellement forte et persistante s'ajoute une mortalité importante. En effet, en 2000-2005 l'espérance de vie à la naissance, en Afrique subsaharienne, est restée de 14 ans inférieure à celle de l'Asie du Sud (48,8 ans contre 62,7)³. Elle a, de plus, cessé de progresser depuis la fin des années 1980, principalement à cause de l'extension de l'épidémie du VIH/Sida. Elle est ainsi passée de 49,9 ans en 1985-1990 à 48,8 en 2000-2005, et devrait atteindre 50 ans en 2005-2010, soit 10 ans de moins que ce

2. On se reportera au tableau annexe 1 pour situer les rythmes de croissance économique et démographique des pays de l'Afrique subsaharienne. On pourra y vérifier combien sont importants les écarts de croissance entre les pays et relativement faibles les homogénéités sous-régionales. Les pays de l'Afrique australe ont une croissance économique et une croissance démographique faibles, mais cette dernière est maintenant liée autant à l'effet du Sida sur la mortalité qu'à la baisse de la natalité. Les pays de l'Afrique de l'Est ont une croissance économique très diverse et une croissance de leur population principalement concentrée dans la tranche 2-2,9 %. En Afrique centrale, les pays bénéficient en majorité d'une croissance économique tirée par les revenus pétroliers, mais leur croissance démographique est très variable. Enfin, en Afrique de l'Ouest, la croissance économique des pays est soutenue, sauf pour ceux qui ont récemment souffert d'un conflit intérieur (Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia), et la croissance démographique est diverse.

3. Des projections récentes, réalisées pour l'OMS, ont montré que l'écart entre les espérances de vie devrait continuer à s'accroître au détriment de l'Afrique subsaharienne. Ainsi en 2030, les espérances de vie à la naissance des hommes et des femmes y seraient comprises entre 50 et 55 ans, alors qu'elles seraient, dans toutes les autres régions du monde, supérieures à 65 ans (Mathers et Loncar, 2006).

qu'elle aurait pu être sans l'épidémie de VIH/Sida (United Nations, 2007a).

Pour mieux comprendre cette situation critique, caractérisée par le sous-développement, la pauvreté et la forte croissance démographique, nous avons voulu mettre l'accent sur les questions qui nous paraissaient essentielles à ce stade de la réflexion scientifique. Le présent ouvrage s'efforce tout d'abord de dresser les lignes de force de la démographie africaine en ce début de XXI^e siècle, en privilégiant l'histoire et les perspectives démographiques, l'évolution de la fécondité et celle de la mortalité. Il analyse ensuite les relations entre démographie et développement, en insistant sur la demande d'enfants, sur les interactions pauvreté-fécondité, ainsi que sur l'éducation et la santé comme composantes d'une croissance économique durable. Il aborde enfin le problème des moyens d'action, en mettant l'accent sur les comportements sexuels et reproductifs des jeunes générations ainsi que sur leur accès à la santé de la reproduction.

S'appuyant sur l'ensemble des contributions à cet ouvrage, ce chapitre de synthèse vise tout d'abord à présenter les principaux liens entre les questions de population, en incluant la santé de la reproduction, et la croissance économique, en considérant les relations qui peuvent exister entre les dynamiques démographiques et les sphères qui participent du développement social : économie, santé, éducation, etc. Il vise également à mettre en évidence les priorités d'action et les priorités de recherche qui se dégagent des différentes contributions⁴.

La question démographique en Afrique subsaharienne

Faible densité globale et forte croissance de la population

La démographie de l'Afrique est singulière, tant par son héritage historique que par sa dynamique actuelle (cf. chapitre 1). Elle a toujours joué un rôle central dans l'histoire de ce continent (Clapham, 2006 : 98) ; certains chercheurs l'ont même identifiée comme l'élément clé de cette histoire, mettant en évidence la récurrence au fil des siècles de plusieurs traits distinctifs dans les processus démographiques (Iliffe, 1995, cité par Clapham, 2006). Sans revenir sur les détails, force est de constater que l'histoire de l'Afrique fut fortement marquée par les traites esclavagistes

4. Je tiens à remercier Benoît Ferry, Jean-Pierre Guengant, Philippe Hugon et Dominique Tabutin pour leurs remarques tout au long de la rédaction de cette synthèse.

et les colonisations. Ainsi, en 1900, au sortir de périodes de traite successives, l'Afrique subsaharienne se caractérisait par une population avoisinant les 100 millions, d'une densité relativement faible, ayant peu évolué en quatre siècles (environ 2 personnes au kilomètre carré en 1500, un peu plus de 4 personnes au kilomètre carré en 1900) et très inégalement répartie. Les populations denses étaient concentrées dans quelques régions isolées les unes des autres : plateaux éthiopiens, région des Grands Lacs, zone forestière ouest-africaine allant du sud du Ghana au Nigeria actuels, etc. À partir des années 1920, cependant, la fin du commerce d'esclaves, le développement des administrations coloniales et des voies de communication, ainsi que l'introduction de la médecine occidentale servirent de fondements à la croissance de la population (Herbst, 2000 et Iliffe, 1995, cités par Clapham, 2006). Toutefois, la densité globale, en 1950, peu avant les indépendances, était encore globalement faible (un peu plus de 7 habitants au km²) et la population, estimée à 168 millions, demeurait peu nombreuse, ce qui n'était pas très favorable au développement des activités humaines et à la mise en place d'États structurés et efficaces.

En 2005, quelques décennies plus tard, la population de l'Afrique subsaharienne est estimée à 770 millions, soit 4,3 fois plus qu'en 1950, résultat d'une croissance annuelle constamment égale ou supérieure à 2,5 % depuis 1960 (United Nations, 2007a). Cette croissance démographique, la plus forte au monde depuis plus de 50 ans, permet à l'Afrique subsaharienne de voir sa part dans la population mondiale quasiment doubler au cours du XX^e siècle (de 6 % à 11 %). Elle correspond aux toutes premières phases de la transition démographique et repose sur l'articulation entre une mortalité en diminution et une fécondité encore élevée, ce qui distingue nettement l'Afrique subsaharienne des autres régions en développement (Nations unies, 2003 ; United Nations, 2005).

Une baisse de la mortalité tardive en cours de ralentissement ou d'interruption

L'Afrique subsaharienne n'est pas restée en dehors du mouvement de baisse de la mortalité dans le monde (cf. chapitres 1 et 2). Cette baisse s'amorça dans le nord-ouest de l'Europe au cours du XVIII^e siècle, avec la lutte contre les grandes épidémies et le recul des disettes, pour s'étendre au XIX^e siècle à l'ensemble de l'Europe, à l'Amérique du Nord et au Japon. Puis elle toucha, au début du XX^e siècle, l'Amérique latine, l'Asie, le Moyen-Orient, et enfin, mais avec un certain retard, l'Afrique subsaharienne. Dans cette région en effet, le recul de la mortalité ne s'est vraiment affirmé que dans la seconde moitié du XX^e siècle, et ce à un

rythme relativement lent. Aujourd'hui, les principaux indicateurs de mortalité de la région (taux brut de mortalité de 16 ‰, espérance de vie à la naissance de 48,8 ans et taux de mortalité avant 5 ans de 167 ‰) (United Nations, 2007a) sont proches des niveaux atteints en 1900 par les pays les plus avancés à l'époque (Angleterre, France, Japon). En définitive, les pays subsahariens figurent parmi ceux qui ont la plus forte mortalité dans le monde : ils demeurent encore à l'écart de la majorité des progrès sanitaires accomplis à l'échelle de la planète, en matière notamment de contrôle des maladies infectieuses et du paludisme, et sont les plus touchés par la pandémie du VIH/Sida (Mesle et Vallin, 1997 ; United Nations, 2006b).

La mortalité des jeunes enfants, comme la mortalité générale, commença réellement à baisser dans les années 1950⁵. Elle fut quasi générale à l'échelle de la région, sous l'effet, principalement, d'une amélioration générale des conditions de vie et d'alimentation, d'une part, et de la mise en œuvre de campagnes de vaccination, d'autre part. Cette baisse fut cependant très inégale suivant les pays, d'où une mortalité des enfants très diverse, avec une différence assez perceptible entre, d'un côté les pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, où la baisse de la mortalité était plus avancée, et, de l'autre, les pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale. Cette divergence s'est estompée, voire inversée, depuis les années 1980 pour certains pays avec la diffusion de la pandémie de VIH/Sida, très présente en Afrique australe et dans certains pays d'Afrique de l'Est. À cette différence entre pays s'ajoutent les inégalités devant la mort selon l'appartenance sociale, le niveau d'instruction et le lieu de résidence, les niveaux les plus bas de mortalité des jeunes enfants étant liés à l'urbanisation et à l'éducation (Hill, 1996).

Lorsque la mortalité adulte commença à régresser, au début des années 1950, elle était beaucoup plus élevée en Afrique subsaharienne que dans le reste du monde. Cette diminution fut relativement rapide durant les années 1960 et 1970, et plus intense que la baisse de la mortalité des enfants, avec, là aussi, de fortes différences entre pays, régions et statuts socio-économiques. Mais les années 1980 et 1990 marquèrent un ralentissement de ce mouvement de baisse, avec la montée des crises socio-économiques, la multiplication des conflits, localisés ou d'ampleur régionale⁶, puis l'émergence de la pandémie de VIH/Sida (Timæus, 1996).

5. À l'exception de quelques prémices, enregistrés avant la Seconde Guerre mondiale, au Ghana notamment ou au Togo.

6. La guerre qui a déchiré la République démocratique du Congo aurait provoqué, directement ou indirectement, près de quatre millions de victimes entre 1998 et 2004, se révélant comme la pire crise humanitaire et le conflit le plus meurtrier qui ait endeuillé la planète depuis la Seconde Guerre mondiale (Coghlan *et al.*, 2006). Souvent qualifiée de « première guerre mondiale africaine », elle concerne huit États et se poursuit de manière

La baisse de la mortalité fut bien réelle en début de période, puisqu'on estime que l'espérance de vie à la naissance a progressé de 37,6 à 49,6 ans entre 1950-1955 et 1990-1995. Mais les progrès se sont ensuite globalement interrompus, en effet l'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne n'était que de 48,8 ans en 2000-2005 (United Nations, 2007a). L'Afrique de l'Ouest, l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est ont connu une interruption de la baisse de la mortalité, mais en Afrique australe la mortalité a carrément augmenté, l'espérance de vie à la naissance a diminué de 10 ans, passant de 62 ans en 1990-1995 à 52 ans en 2000-2005. Ces renversements de tendance, inconnus jusqu'alors, si l'on excepte ceux provoqués par des guerres et des famines, ne peuvent plus être considérés comme des épiphénomènes de nature conjoncturelle. Ils doivent être au contraire appréhendés comme des phénomènes s'inscrivant dans la durée et ayant des causes structurelles (Moser *et al.*, 2005). Les pays touchés sont aussi différents que l'Afrique du Sud, le Botswana, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, la Namibie, la Tanzanie, le Togo, le Zimbabwe. Cette remontée de la mortalité annule dans certains pays tous les progrès patiemment enregistrés depuis le début de la baisse. Ainsi, dans trois pays (Zimbabwe, Zambie et Botswana) les espérances de vie à la naissance en 2000-2005 sont inférieures à ce qu'elles étaient en 1950-1955, et dans six autres pays (Lesotho, Swaziland, Rwanda, Liberia, République démocratique du Congo et Côte d'Ivoire), les espérances de vie à la naissance en 2000-2005 ne sont que de 3 à 6 ans plus élevées que ce qu'elles étaient en 1950-1955 (United Nations, 2007a).

Le Sida tient, bien entendu, une large part dans la crise, voire la catastrophe sanitaire qui frappe certains pays d'Afrique subsaharienne, notamment ceux situés en Afrique australe et en Afrique de l'Est. Mais d'autres phénomènes jouent également leur rôle : maladies émergentes ou résurgentes (parmi lesquelles la tuberculose, liée en partie au VIH/Sida, le paludisme, qui résiste aux anciens traitements, et le choléra), crises économiques et alimentaires, croissance de la pauvreté et des inégalités, conflits civils ou guerres entre pays, désorganisation des États, augmentation des coûts de santé pour les ménages, faible efficacité des systèmes de santé. Tous ces facteurs agissent le plus souvent en interaction selon des schémas de relations encore mal connus. Si la transition sanitaire a bien commencé à l'échelle du continent africain, le processus s'est inversé, plus ou moins durablement, dans nombre de pays, en particulier ceux les plus touchés par le Sida.

quasiment endémique, ajoutant son lot de morts et de réfugiés aux conflits qui touchent aujourd'hui le Darfour et la Somalie et menacent de déstabiliser l'Afrique centrale et la Corne de l'Afrique.

Une fécondité forte en transition lente et inégale

Les populations d'Afrique subsaharienne demeurent, et de loin, celles dont la fécondité reste aujourd'hui la plus élevée au monde (cf. chapitre 1). Proche de 7 enfants par femme en moyenne, des années 1950 aux années 1970, la fécondité a commencé à décliner lors de la décennie 1980 pour atteindre 6,1 enfants par femme en 1990-1995 et 5,5 enfants par femme en 2000-2005. Commencée plus tard que dans les autres régions, la diminution de la fécondité se poursuit à des rythmes très variables selon les pays. À partir d'un niveau prétransitionnel élevé et relativement homogène de 6 à 8 enfants par femme dans les années 1960, exception faite de quelques pays fortement touchés par la stérilité (le Gabon par exemple), le déclin fut rapide en Afrique australe, dans certains pays insulaires et au Zimbabwe. Il a été plus lent dans une vingtaine d'autres pays, avec une baisse de un à moins de deux enfants par femme entre 1980-1985 et 2000-2005. La transition de la fécondité reste en outre très timide ou n'est pas encore amorcée dans une quinzaine de pays, pour la plupart situés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Par ailleurs, la diminution de la fécondité se révèle très inégale selon les catégories de population, beaucoup plus lente dans les populations rurales et celles faiblement instruites (Tabutin et Schoumaker, 2004).

La baisse de la fécondité est donc tardive, lente et inégale en Afrique subsaharienne, à l'image même des progrès de la contraception qui sont aussi très divers. En effet, selon les données disponibles les plus récentes, l'utilisation de la contraception totale (allaitement non compris) varie de 3 à 6 % dans quatre pays (Tchad, Niger, Angola, Érythrée) à plus de 50 % dans trois pays (Zimbabwe, Afrique du Sud, Maurice). Quant à la contraception moderne, elle varie de 2 à 5 % dans six pays (à nouveau Tchad, Niger, Angola, Érythrée, mais aussi Mauritanie, République démocratique du Congo) à plus de 50 % dans deux pays (Zimbabwe, Afrique du Sud). Ces différences sont le résultat d'évolutions diverses, mais globalement très lentes, de la pratique contraceptive. L'exemple des pays d'Asie et d'Amérique latine montre que la maîtrise de la fécondité peut être atteinte en une cinquantaine d'années, lorsque la pratique de la contraception progresse d'environ 1,5 point de pourcentage par an jusqu'à concerner environ 70 % des femmes en union. Les données disponibles pour l'Afrique subsaharienne indiquent que l'utilisation des méthodes modernes sur des périodes au moins égales à 10 ans ne progresse de 1,5 point ou plus par an que dans 4 pays : le Zimbabwe, le Swaziland, la Zambie et le Malawi. Pour les 14 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale pour lesquels on dispose de données sur une longue période, la progression de l'utilisation de la contraception moderne a été au plus de 0,6 point de pourcentage par an au Ghana (entre 1976 et 2003)

et de 0,5 point au Cameroun (1978-2004). Dans les autres pays, elle a été inférieure à 0,5 point par an, ce qui signifie que si ce rythme devait se maintenir, leur transition de la fécondité pourrait prendre une centaine d'années au moins pour s'achever. Sans doute la croissance de l'utilisation de la contraception est-elle également très faible dans la plupart des pays pour lesquels on ne dispose pas de données d'évolution. Au total, la faiblesse de l'utilisation de la contraception et de sa progression ne concerne pas seulement des pays enclavés et très démunis, de la zone sahélienne par exemple, ou des pays anciennement ou actuellement touchés par des conflits internes ou externes, mais aussi des pays emblématiques du continent (Cameroun, Nigeria, Sénégal, etc.), où la pratique contraceptive ne décolle pas réellement (Vimard et Fassassi, 2005).

On est donc encore loin, en Afrique subsaharienne, de la révolution contraceptive que les autres régions en développement ont connue. Par ailleurs, l'utilisation de la contraception apparaît très variable non seulement d'un pays à l'autre mais aussi, dans un même pays, selon la région et le groupe social. Cette variabilité constitue une source additionnelle d'inégalités entre populations, puisque certains groupes ont, jusqu'à un certain point, la capacité de maîtriser leur reproduction démographique, alors que d'autres ne l'ont pas. La baisse de la fécondité repose de plus en plus aujourd'hui sur l'articulation de différentes pratiques : la contraception moderne, les pratiques anciennes d'espacement des naissances (abstinence post-partum et allongement de l'allaitement, agissant par l'entre-mise de l'aménorrhée post-partum), le recul de l'âge au premier mariage et, de plus en plus fréquents en ville, les avortements provoqués. On a ainsi estimé qu'en début de transition de la fécondité, l'avortement pouvait avoir, pour certaines populations urbaines, un effet réducteur de la fécondité aussi important que les méthodes contraceptives (Fassassi et Vimard, 2002 ; Guillaume, 2003). Cette situation est révélatrice des difficultés d'accès aux services de contraception pour de nombreuses populations qui se heurtent à des obstacles non seulement culturels, mais aussi économiques et institutionnels ou même à l'absence de services. Le recours à l'avortement, pratiqué souvent de manière clandestine, fait courir aux femmes des risques sanitaires importants qui peuvent porter atteinte à leur fécondité future et à leur vie. Les décès maternels sont en effet, pour une grande part, consécutifs à des avortements effectués dans de mauvaises conditions (Guillaume, 2000).

On remarque en outre que le mouvement de baisse de la fécondité est plus incertain qu'on ne l'imaginait, il y a une dizaine d'années. On a, en effet, observé un arrêt de la baisse de la fécondité et de la progression de l'utilisation de la contraception dans deux pays subsahariens, le Ghana et le Kenya, pourtant exemplaires par la précocité de leurs politiques de population, élaborées dans les années 1960, et par la rapidité de la baisse

de leur fécondité, une fois celle-ci amorcée. Cette stabilisation de la fécondité en cours de transition, loin de son achèvement (puisque le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,4 au Ghana et de 4,7 au Kenya), tranche avec les parcours suivis lors des transitions des pays industrialisés et de beaucoup de pays du Sud, et démontre qu'il n'y a pas de baisse inéluctable et ininterrompue de la fécondité. L'interruption observée paraît liée à un système commun de déterminants proches : stabilisation de la taille souhaitée de la famille, de la demande et de la pratique de la contraception. Elle semble également liée à un réseau de déterminants plus lointains, parmi lesquels la stagnation ou la récession en matière de développement socio-économique, de scolarisation et de mortalité des enfants (Bongaarts, 2006). La situation actuelle ne permet cependant pas de préjuger des évolutions à moyen et long termes, les stagnations observées étant relativement récentes.

Démographie et sous-développement économique et social : pauvretés multiples et progrès réversibles

Les études les plus récentes montrent que la pauvreté sous toutes ses formes est un facteur de surmortalité et de fécondité plus forte. Ceci est particulièrement vrai en Afrique subsaharienne (UNPD, 2006 ; Rutstein et Johnson, 2004). C'est-à-dire que les maux affectant durablement les populations africaines, qu'il s'agisse de pauvreté monétaire⁷ ou de pauvreté des conditions d'existence⁸, contribuent à restreindre les capacités des Africains à maîtriser efficacement leur procréation et à lutter contre les maladies. Il n'est donc pas entièrement surprenant qu'une région ayant vu son PNB par tête reculer durant les deux décennies précédentes (-1,1 % durant la décennie 1980 et -0,2 % durant la décennie 1990, en rythme annuel) soit aussi peu avancée sur la voie de la transition démographique, même si les années 2000 enregistrent quelques progrès économiques avec une augmentation annuelle de +1,6 % du PIB par tête (World Bank, 2006). Cela d'autant plus que les efforts en matière de programmes de santé et surtout de politiques de planification familiale ont été faibles à l'échelle de l'ensemble de la région.

7. Près de la moitié de la population vit avec un revenu inférieur à un dollar par jour (UNPD, 2006).

8. 38 % des enfants de 12-23 mois ne sont pas immunisés contre la rougeole, 36 % des enfants ne reçoivent pas d'éducation primaire, 54 % des femmes accouchent sans aucune assistance de personnel de santé et 31 % de la population souffre encore de la faim (UNPD, 2006).

Développement, pauvreté et fécondité

Dans le domaine de la fécondité, les synthèses successives, réalisées notamment depuis 1995, confirment, à un niveau général, la relative extension de la baisse de la fécondité dans les différents pays et les fortes différenciations selon les régions, les milieux d'habitat et les groupes socio-économiques. Elles éclairent également la problématique de la relation pauvreté-demande d'enfants-fécondité, décisive pour comprendre les facteurs d'évolution (cf. chapitres 4 et 5). Au niveau mondial et à l'échelle macro, ce sont les pays les plus avancés en matière de développement économique, éducatif ou sanitaire, les mieux placés sur l'échelle du développement humain et les moins enclavés qui ont connu, des années 1960 aux années 1990, les reculs les plus précoces et rapides de leur fécondité. L'Afrique subsaharienne a plutôt suivi ce modèle classique de transition de la fécondité (Cohen, 1998 ; Tabutin, 1997), mais seuls trois pays (Maurice, la Réunion et l'Afrique du Sud) ont connu des transitions précoces et relativement rapides de leur fécondité. À une échelle régionale plus fine, l'analyse spatiale confirme globalement l'importance, en Afrique subsaharienne comme ailleurs, des facteurs relatifs au développement socio-économique dans les baisses de fécondité. Parmi les diverses variables « explicatives » des différences de fécondité entre les régions, c'est le développement sanitaire qui arrive largement en tête, suivi par le développement économique à égalité avec le développement éducatif, puis par l'urbanisation (Tabutin et Schoumaker, 2001). À l'échelle individuelle, celui des familles et des individus, la plupart sinon toutes les études concluent au rôle primordial du milieu d'habitat et de l'instruction des mères, voire de leurs conjoints, ainsi que du niveau de vie des ménages sur la fécondité et sur l'utilisation de la contraception (Schoumaker, 2004 ; Vimard *et al.*, 2007). Jusqu'aux années 1990, les diminutions de fécondité observées dans certains groupes et milieux étaient essentiellement induites par l'éducation, l'urbanisation et les progrès du niveau de vie. La pauvreté demeure, à l'inverse, un facteur de forte fécondité, les populations les plus pauvres étant celles qui expriment la plus forte demande d'enfants et qui possèdent le moins les moyens d'accéder à l'information et aux méthodes efficaces de contraception pour réguler leur procréation (Tabutin et Schoumaker, 2004).

En fait, si les populations déshéritées souhaitent avoir et ont de nombreux enfants, c'est pour essayer d'échapper à la pauvreté, pour améliorer au moins leur situation du moment, atténuer leurs vulnérabilités et sécuriser leur avenir. Dans des contextes, nationaux ou locaux, de crise et d'insécurité économique permanente, avoir de nombreux enfants constitue pour les ménages un comportement rationnel et présente plus d'avantages que d'inconvénients dans une stratégie de survie familiale.

Pour les groupes sociaux les plus pauvres et les plus démunis en termes de capital humain et social, l'enfant est en effet une source de revenus immédiats, une assurance pour la vieillesse, un élément de diversification des activités et de minimisation des risques financiers et économiques. Il est en outre un signe de prestige ou de réussite sociale et le garant de la pérennité du groupe social. Avoir un enfant est relativement peu coûteux et, tant que la mortalité infantile reste élevée, la demande correspond à un besoin d'assurance et de remplacement (cf. chapitre 5).

On ne peut, bien entendu, préjuger de ce qu'il adviendra dans les décennies à venir. Toutefois, le VIH/Sida, la persistance des conflits et l'urbanisation sans industrialisation, qui caractérisent tout ou partie de la région, pourraient éventuellement contribuer à modifier les schémas antérieurs d'évolution de la fécondité. Dans les villes d'Afrique par exemple, il n'est pas exclu qu'apparaisse peu à peu un « malthusianisme de pauvreté », un processus selon lequel les classes sociales les plus marginalisées se mettent à contrôler leur descendance sous la contrainte des difficultés et du coût de la vie (logement, éducation, santé notamment). Sur ce plan, il est également nécessaire de tenir compte d'une individualisation des comportements économiques, sociaux et familiaux, et d'une remise en cause progressive des croyances traditionnelles qui favorisent une fécondité élevée. Cette individualisation des comportements peut s'accompagner d'un délitement des solidarités familiales, surtout lorsque celles-ci doivent tenter d'amortir des crises économiques et sociales récurrentes. Délitement aujourd'hui perceptible dans les villes africaines, avec le phénomène croissant des enfants des rues. Cependant, il n'est pas certain qu'une transition de la fécondité des pauvres puisse se réaliser en l'absence de méthodes de contraception efficaces, accessibles et acceptables culturellement et socialement, c'est-à-dire tenant compte des relations de genre.

À cet égard, la mise en œuvre des programmes de planification familiale dans les différents pays de la région a été le plus souvent tardive. Ces programmes ont en outre rarement bénéficié du soutien durable des autorités gouvernementales et politiques. Enfin, les efforts en la matière se sont fréquemment révélés très irréguliers, au gré de l'appui ponctuel des ONG, des agences d'aide bilatérales et des bailleurs de fonds. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que la disponibilité des moyens de contraception soit loin d'être en Afrique subsaharienne ce qu'elle est sur les autres continents ; c'est tout particulièrement le cas de l'Afrique francophone, qui souffre toujours d'un déficit flagrant en la matière, alors que son niveau est comparable à celui des autres régions en développement, en matière de politiques, de services ou d'évaluation des activités (Ross et Stover, 2001).

Éducation, santé, croissance démographique et développement

L'éducation et la santé jouent un rôle déterminant dans les processus de maîtrise de la croissance démographique et de développement. Le capital humain tient une place de plus en plus importante dans la nouvelle économie de l'information et de la connaissance, où la priorité est donnée aux compétences et aux capacités (Sen, 1999). Les systèmes scolaires et sanitaires des sociétés africaines sont fortement différenciés, en matière d'organisation comme de résultats, les crises successives et les fuites de compétences vers le Nord remettant en cause constamment les progrès accomplis. Aussi, même si l'on note une augmentation significative des effectifs alphabétisés et scolarisés, une amélioration de l'état de santé et du niveau de mortalité, les objectifs d'éducation pour tous et de santé pour tous demeurent utopiques pour la majorité des pays d'Afrique subsaharienne (cf. chapitre 3).

La forte croissance démographique de l'Afrique subsaharienne rend difficile une scolarisation généralisée, d'où le nombre élevé de femmes non scolarisées qui se marient précocement, ont beaucoup d'enfants et utilisent peu ou mal les systèmes de soins. Inversement, l'effort important de scolarisation, que certains pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe ont pu réaliser dans un contexte de croissance démographique élevée, a favorisé un recul de l'âge au mariage, une baisse de la fécondité et une amélioration de l'état de santé. Des générations moins nombreuses rendent plus faciles les progrès en matière de scolarisation, puis d'accès à l'emploi, ce qui crée un cercle vertueux.

L'éducation formelle est un moyen efficace pour briser le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, le niveau scolaire des parents étant un facteur de demande scolaire et de réduction des disparités de genre pour les enfants. L'éducation, parce qu'elle diffuse les valeurs motrices de la croissance – innovation, esprit expérimental et scientifique – est également un vecteur de développement. Le secteur de la santé peut également contribuer à fournir une main-d'œuvre de bonne qualité. Un meilleur état de santé et la réussite scolaire contribuent à l'amélioration de la qualité des ressources humaines et constituent des facteurs favorables à l'augmentation de la productivité (Behrman, 1996). Mais les interdépendances entre éducation, santé, démographie et développement dépendent beaucoup de la nature du système productif en vigueur. Dans le cas de l'Afrique subsaharienne, les dynamiques dominantes correspondent à celles d'une économie de rente, et non d'accumulation, où les richesses (terres, forêts, ressources humaines, richesses du sous-sol, etc.) sont mobilisées pour un gain immédiat sans souci de reproduction, d'où la difficulté de parvenir à des mécanismes correspondant à ceux d'un développement

durable⁹. Dans un tel système, le rôle de l'enseignement se révèle positif pour la construction d'une identité nationale et citoyenne, et pour l'acquisition des savoirs et des compétences nécessaires dans de nombreux emplois. Mais l'expansion scolaire, une fois la fonction publique pourvue de son lot de diplômés, correspond également, dans les pays pauvres, au chômage intellectuel, à la déqualification vers l'informel sur le marché du travail et à l'exode des compétences vers le Nord (Hugon, 2006).

L'éducation et la santé, qui sont au cœur des inégalités entre pays, caractérisent également les inégalités entre groupes sociaux et entre individus. Les espérances de vie à la naissance, la santé, l'éducation sont en effet très inégalement réparties entre les groupes sociaux, car ceux-ci disposent de pouvoirs inégaux en fonction de leur capital économique, culturel, humain et social. L'appartenance sociale, mais aussi familiale, joue un rôle central dans les inégalités d'accès de chacun à l'éducation et aux systèmes de soins. Dans les pays africains, les fortes inégalités entre groupes sociaux quant à la fréquentation de l'école et des services de santé, la conception même et le financement des systèmes de santé, la priorité qui est donnée le plus souvent aux hôpitaux des grandes villes et aux établissements scolaires urbains, conduisent à une affectation prioritaire de la dépense publique et de l'aide extérieure aux plus favorisés. Si l'on ajoute à cela le fait que les recettes de l'État proviennent en partie de la parafiscalité des produits de l'agriculture d'exportation, on comprend que le secteur public de la santé, et dans une moindre mesure de l'éducation, devienne un instrument de redistribution défavorisant les plus pauvres au profit des plus riches et les milieux ruraux au profit des couches urbanisées (Banque mondiale, 1993 ; Brunet-Jailly, 2002). La démocratisation de l'accès des populations aux systèmes de santé et d'éducation, qui assurerait une plus grande équité et une meilleure efficacité de ces systèmes, nécessite donc une réorientation complète de ces services de base.

9. Il n'est d'ailleurs pas interdit de penser que l'importation de biens industrialisés et de produits culturels – notamment de manuels d'enseignement conçus ailleurs – en échange de produits bruts conduit l'Afrique subsaharienne à une dépossession de sa conscience culturelle qui nuit à son propre développement (Ki-Zerbo, 2003).

Les leviers en matière de population et de santé de la reproduction favorisant le développement durable*Les relations démo-économiques et les politiques de population*

La forte croissance démographique observée après 1950 et la question du sous-développement ont nourri nombre d'études et de débats sur les relations entre économie et démographie (cf. chapitre 3). Sans être toujours dénués de considérations idéologiques, ils ont néanmoins contribué aux réorientations périodiques des politiques de population (Hodgson, 1983 ; Rougier, 1999). Beaucoup de travaux économétriques ont montré qu'il n'existe pas de relation statistique solide entre la croissance démographique et la croissance économique (Kuznets, 1967 ; Easterlin, 1967 ; Blanchet, 1985 et 1991). Une étude récente de Ndulu (2006) montre cependant que l'écart entre le taux de croissance de l'Afrique et celui des autres pays en développement entre 1960 et 2004 (1,12 % de taux de croissance du PIB par tête en moins) s'explique par des facteurs démographiques (0,86 % de taux de croissance en moins). Mais d'autres facteurs interviennent également, comme les écarts entre taux de scolarisation, le caractère plus ou moins inégalitaire de la distribution des revenus, ainsi que des facteurs liés aux institutions et à l'orientation de l'activité économique (priorité à la recherche de revenus rentiers, sous-régulation des marchés, etc.).

En Afrique subsaharienne, la croissance démographique a joué un rôle dépressif sur l'économie, par l'augmentation des taux de dépendance, jusqu'au début des années 1990¹⁰, ce qui a conduit à une croissance plus faible du revenu par tête que du revenu par actif. Pour la période 1960-2000, cet effet a été estimé à 0,4 % de croissance annuelle par tête en moins, en Afrique subsaharienne, alors que les autres régions en développement ont vu leur taux de dépendance baisser dès les années 1970. Outre cet effet mécanique, on peut également penser que le maintien du taux de dépendance à des niveaux élevés tend à décourager les efforts des pays dans la formation de capital humain (Ndulu et O'Connell, 2006).

Diverses synthèses d'investigations partielles et sectorielles ont mis en évidence, à une échelle microéconomique, l'impact négatif de la croissance démographique sur le développement économique et social dans un certain nombre de domaines (United Nations, 1993 ; Cassen, 1994). On a surtout noté des effets négatifs dans les domaines du bien-être des enfants et des ménages, de la santé, de la formation du capital humain, de

10. Le taux de dépendance exprime le rapport entre le nombre de personnes qui n'exercent pas d'activité et le nombre de personne en activité.

l'emploi et de la création d'opportunités économiques pour les femmes et les jeunes. Même si ces effets sont modestes et leurs impacts sur le long terme impossibles à identifier, ils ont cependant fourni, au début des années 1990, une légitimité nouvelle à l'intervention politique dans le domaine démographique.

Cette nouvelle perception des problèmes de population, dans une perspective microéconomique, tient compte des rapports de genre, de la santé et des droits reproductifs individuels. Elle a ainsi débouché en 1994 sur le consensus de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire. Ce consensus est fondé sur une nouvelle conception des programmes de population, associant, d'une part, le libre accès des individus aux moyens leur permettant de gérer leur sexualité et leur fécondité, et, d'autre part, la recherche de l'*empowerment* des femmes dans tous les domaines (Rougier, 1999). La volonté des autorités politiques et sanitaires de faire reconnaître l'existence de liens étroits entre les questions de population et le développement humain s'exprime par deux approches différentes. La première, quantitative, mise sur une stabilisation de la population mondiale. La seconde, qualitative, pose la promotion de l'accès à la santé et à l'éducation comme un préalable au ralentissement de la natalité et à l'amélioration de la santé reproductive et familiale. Le paradigme néomalthusien, sur lequel étaient fondées jusqu'alors les politiques démographiques, se trouve remplacé par le principe selon lequel « chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ». Mais le *Bill of Rights* anglais de 1869 présentait ces droits fondamentaux comme universels, alors qu'ils ne s'appliquaient pas aux femmes. Pour que celles-ci puissent user librement et sans risque de leurs aptitudes procréatrices, il convenait de renforcer leurs capacités de négociation, individuelles et collectives, et de mettre en œuvre des politiques spécifiques (Nations unies, 1994).

On peut donc bien dire qu'il existe une relation entre démographie, croissance et développement. Mais cette relation n'est pas immédiate, et le lien entre démographie et développement durable, reconnu par le consensus du Caire, n'est pas direct et univoque. Ce lien est en fait pluriel, et sa nature dépend de la capacité, plus ou moins grande, des sociétés et des acteurs sociaux à maîtriser les diverses transformations qui les affectent. Il convient par conséquent de nuancer et de contextualiser les relations mises en avant, car, selon les cas, un handicap peut constituer un obstacle ou devenir un atout. Il existe ainsi des situations « malthusiennes » où la pression démographique crée de fortes tensions et joue un rôle négatif, comme sur les Hautes Terres malgaches, aux Comores, le long du lac Tchad, au Burundi, au Rwanda ou dans les zones menacées par la sécheresse. Mais il existe également des situations « boserupiennes » de pression créatrice, liées à une forte densité, comme

le montre l'exemple des adaptations positives aux pressions démographiques observées sur les hauts plateaux bamiléké et ceux du Kenya.

C'est pourquoi nous essayons, dans cet ouvrage, de mettre en évidence la complexité des phénomènes, qui repose sur la diversité des liens entre démographie et économie suivant les sociétés. Nous montrons l'existence en Afrique subsaharienne de quelques cercles vertueux, qu'il s'agit d'impulser et de favoriser. Par exemple lorsque les progrès de la scolarisation améliorent l'instruction et la participation des femmes à l'activité économique, ce qui contribue à terme à une baisse de la mortalité des enfants et à une diminution de la fécondité, et favorise en retour les investissements dans le capital humain. Nous avons également mis en évidence plusieurs cycles vicieux, qu'il est nécessaire de circonvenir et de prévenir. La situation la plus dramatique est bien sûr celle où les conflits civils entraînent une désorganisation des systèmes sociaux et des structures de production, un accroissement de la pauvreté monétaire et une détérioration des conditions d'existence, ce qui conduit à une hausse de la mortalité, installe le pays dans une instabilité sociale grave et achève de déstructurer l'ensemble de ses institutions. La mise en évidence de différents cycles, positifs ou négatifs, vertueux ou vicieux, montre que nous sommes face à un système social global, dont il importe de mieux comprendre les dynamiques par une approche pluridisciplinaire et systémique des interrelations à l'œuvre. L'action politique doit, en corollaire, prendre en compte l'existence des effets et des contre-effets des politiques sectorielles en les intégrant dans des approches plus globales.

L'histoire récente de l'Afrique subsaharienne montre ainsi que cette région n'a ni pu ni su profiter des premières phases de sa croissance démographique pour effectuer un véritable décollage économique. L'accroissement de la population, dans de nombreux pays de la région, est actuellement trop rapide, au regard des capacités de leur système de production. En effet, ils ne sont pas en mesure de dégager rapidement des moyens suffisants pour l'éducation et la qualification des ressources humaines nécessaires à l'enclenchement d'un véritable processus de développement social et économique. La question du choix des politiques de développement et de population est donc aujourd'hui cruciale.

Le contexte des politiques de population en Afrique subsaharienne : entre le Programme d'action du Caire et les Objectifs du Millénaire

Si les principes du Programme d'action de la conférence du Caire de 1994, en faveur d'une « santé sexuelle et reproductive pour tous », ont été acceptés par la majorité des pays africains, leur prise en compte opérationnelle est souvent restée au stade des déclarations. Et, plus de dix ans

après la conférence, malgré quelques progrès, inégaux selon les pays, l'accès à la contraception et aux autres services de santé de la reproduction ainsi qu'à de véritables droits reproductifs est loin d'être acquis pour beaucoup de populations africaines (Gautier, 2006). On peut ainsi légitimement s'interroger sur les progrès futurs en la matière, d'autant plus que les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), formulés en 2000, constituent aujourd'hui le nouveau paradigme du développement et de l'aide au développement, supplantant les programmes précédemment adoptés lors de la conférence du Caire et lors de la conférence de Beijing (1994) consacrée aux femmes.

En matière de population, on peut se féliciter de ce que trois des huit Objectifs du Millénaire se réfèrent explicitement à l'amélioration de la santé. Il s'agit des objectifs 4 et 5, qui concernent la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle, et de l'objectif 6, qui concerne la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et d'autres maladies. Si l'on y ajoute les objectifs 1, 2 et 3, qui visent à réduire l'extrême pauvreté et la faim, à assurer l'éducation primaire pour tous et à promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes, et l'objectif 7 qui vise à assurer un environnement durable, on arrive à un ensemble qui constitue une perspective d'amélioration significative des conditions d'existence des populations africaines¹¹. Cette perspective se trouve cependant limitée par les orientations habituelles des institutions internationales sous-tendant les définitions retenues, qui consistent à s'attaquer davantage à la pauvreté elle-même et à ses conséquences qu'aux processus d'appauvrissement qui en sont le fondement (Vimard, 2002)¹².

Si l'on peut déplorer le contenu ainsi que la manière très quantitative dont ces 8 OMD sont formulés et déclinés en 18 cibles et 48 indicateurs¹³, on peut également considérer qu'ils fournissent un premier calendrier pour l'acquisition des droits économiques et sociaux reconnus à tout être humain, et pour la mise en œuvre d'une politique globale de redistribution mondiale, telle qu'elle est définie dans l'objectif 8 (« mettre en place un partenariat mondial pour le développement »). La réduction de la pauvreté n'est plus seulement un objectif à atteindre par une redistribution à l'échelle nationale, comme dans les politiques anciennes, mais

11. Les questions de fécondité et de migrations internationales n'ont pas été incluses dans ce cadre des OMD car elles n'ont pas pu faire l'objet de consensus au sein de la communauté internationale.

12. Cette orientation se trouve d'ailleurs confirmée par le rapport 2006 de la Banque mondiale sur le thème « Équité et développement » (Banque mondiale, 2005), où l'élargissement des objectifs de développement au-delà de la réduction de la pauvreté demeure en décalage avec la nature traditionnelle des politiques qu'il recommande (Cling *et al.*, 2005).

13. On pourra consulter à ce sujet : <http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.shtml>.

davantage par une redistribution à l'échelle mondiale. L'esprit implicite des OMD est en effet de subventionner durablement des services publics sociaux au niveau des normes internationales émergentes et de permettre ainsi d'atteindre des conditions de vie minimales, indépendamment de la capacité propre de chaque pays à y parvenir. Mais cet effort de redistribution mondiale, qui fait actuellement défaut et qui pourrait s'apparenter aux politiques sociales de l'État-providence, implique un certain nombre de risques : la quasi-mise sous tutelle des politiques publiques des pays du Sud concernés, la prise en charge par les pays du Nord des services publics du Sud, etc. (Severino et Charnoz, 2005). Cet effort de redistribution mondiale suppose également une réévaluation conséquente de l'aide publique au développement, qui est loin d'être acquise, sept ans après l'adoption des Objectifs du Millénaire par la communauté internationale. Ce qui ne peut être une surprise puisque l'adoption des OMD a été celle d'un catalogue d'objectifs, plus ou moins réalistes, sans que soient définis une stratégie et les moyens pour les atteindre.

À ce sujet, on peut légitimement s'interroger, comme le font Guengant et Rafalimanana (2005), sur une contradiction concernant les pays les plus pauvres, ceux d'Afrique subsaharienne notamment. Alors que les Objectifs du Millénaire ne font pas explicitement une place à la planification familiale, nombre d'entre eux (ceux relatifs à l'éducation, aux capacités et au pouvoir des femmes, à la mortalité maternelle et infantile) seront et sont d'ores et déjà freinés dans leur réalisation par la forte croissance démographique et le nombre de grossesses non désirées. Les OMD pourraient-ils être atteints ou même approchés en Afrique subsaharienne sans que soit réalisée une partie importante du Programme d'action du Caire en matière de maîtrise de la procréation et de baisse de la fécondité ? Inversement, comment le Programme d'action du Caire peut-il être exécuté en Afrique subsaharienne alors que la plus grande part des ressources de l'aide au développement est destinée en priorité à la réalisation des OMD ?

Il existe là une véritable contradiction, qu'il est d'autant plus urgent de résoudre qu'elle conduit la plupart des gouvernements à ne pas appliquer leurs politiques de population faute de moyens. En effet, le soutien international à la mise en œuvre de ces politiques est faible, et même en forte diminution depuis 1995. Ainsi le FNUAP estime qu'en 2005 l'assistance internationale aux activités de planification familiale ne représentait plus que 3 % des financements consacrés aux programmes de population, contre 73 % pour la lutte contre le VIH/Sida (UNFPA, 2005).

Que faire ? Des leviers prioritaires pour engager des cercles vertueux

La complexité de l'interdépendance qui affecte, comme nous l'avons vu plus haut, l'éducation, la santé, le développement durable et les variables démographiques renvoie au problème plus fondamental de la pauvreté. L'accès à la scolarisation, l'accès à la santé et à la maîtrise de la fécondité doivent devenir des objectifs à part entière, pour augmenter les capacités et les droits de la personne. Il est important, cependant, de tenir compte des relations entre ces variables, car agir sur un seul levier produit des effets limités, voire nuls. Il faut également tenir compte du pas de temps de chacune des actions envisagées. Cela signifie qu'il convient pour l'Afrique subsaharienne de passer d'une logique sectorielle à une logique systémique des programmes de développement et de concilier les cycles courts de décision politique avec des cadres stratégiques de long terme.

Dans le cadre de cet ouvrage nous avons privilégié cinq actions prioritaires qui sont présentées de manière non ordonnée. S'il est important d'agir sur plusieurs leviers en même temps, afin d'engager des cercles vertueux ou de renforcer ceux que quelques pays ont su et pu mettre en œuvre sur le continent, il importe également de ne pas ordonner ces priorités, même si certaines actions peuvent plus facilement servir de levier dans tel ou tel contexte national.

1. Le développement de l'éducation est l'une de ces priorités, étant donné sa capacité à favoriser une croissance à long terme, susceptible d'améliorer substantiellement les conditions de vie. L'éducation est un facteur décisif de l'épanouissement des individus et de leur accession à la liberté de choix dans les différents aspects de leur vie. Elle agit sur la capacité des individus à bénéficier des opportunités d'emploi les plus favorables, favorise l'égalité hommes-femmes et l'autonomie des femmes, permet de lutter contre les pauvretés et de mieux assurer la durabilité des ressources environnementales. Au plan démographique, l'éducation joue un rôle capital dans la baisse de la mortalité et de la fécondité ainsi que dans l'amélioration de la santé, notamment de la mère et de l'enfant. Plus particulièrement, l'accroissement des possibilités d'éducation pour les femmes peut être décisif car il favorise leur participation aux activités salariées modernes, ce qui est l'un des moteurs de la baisse de la fécondité dans le monde depuis les années 1960 (Caldwell, 2004) et l'un des facteurs notables de la diminution de la fécondité en Afrique subsaharienne. Il convient de rappeler cependant que la réalisation de l'éducation pour tous au niveau primaire et de l'accès du plus grand nombre au niveau secondaire constitue aujourd'hui un objectif irréalisable, à court terme, pour la majorité des pays d'Afrique subsaha-

rienne. Les efforts en matière d'éducation doivent porter à la fois sur les effectifs à scolariser et sur la qualité et le contenu des enseignements. Ces efforts doivent aussi, nécessairement, être soutenus sur le long terme. Donner au moins un niveau secondaire à une majorité de femmes en âge de procréer et à plus de la moitié de la force de travail représentée, pour de nombreux pays, des efforts soutenus pendant au moins une trentaine d'années.

2. La lutte contre la mortalité des enfants doit être également une priorité opérationnelle majeure, puisqu'en Afrique subsaharienne, un enfant sur six (17 % des enfants) n'atteint pas son cinquième anniversaire. Étant donné que l'état des techniques médicales actuelles permettrait d'éviter beaucoup de ces décès (OMS, 2005), le niveau élevé de la mortalité des enfants est à la fois un révélateur du sous-développement et un facteur constitutif de trappe à pauvreté dans la mesure où il conforte la forte fécondité. L'amélioration du niveau de vie (meilleures conditions d'alimentation et d'habitat, etc.) doit contribuer à un meilleur état de la santé des mères et de leurs enfants. En complément, les progrès dans l'éducation des mères et des pères doivent permettre une meilleure prise en charge des états morbides. Mais au-delà de ce recul de la pauvreté humaine en général, des progrès dans les programmes de santé sont également nécessaires. Quatre domaines majeurs d'intervention peuvent être retenus à ce sujet : la lutte contre le paludisme, contre les maladies infectieuses, contre les maladies diarrhéiques et contre le Sida, qui concerne aussi les enfants. La lutte contre le paludisme (prévention et traitement) est essentielle, car le paludisme cause un million de décès d'enfants par an en Afrique subsaharienne¹⁴. L'amélioration des programmes de vaccination et de traitement des maladies diarrhéiques devrait être également au premier plan de l'agenda sanitaire, puisque 25 % des enfants africains ne reçoivent ni vaccin ni traitement lorsqu'ils souffrent de diarrhée (Unicef, 2005b : 22).

La prévention du VIH/Sida chez les enfants, contaminés principalement par transmission mère-enfant (pendant la grossesse ou par l'allaitement), est également importante compte tenu des effets directs et indi-

14. À ce sujet, on peut noter ce que disait Jeffrey Sachs, conseiller spécial du secrétaire général de l'ONU pour les Objectifs du Millénaire, dans un entretien paru dans *Le Monde* du 18 janvier 2005 : « [Le paludisme] est une maladie que l'on peut prévenir dans une grande partie des cas et qui peut être traitée dans tous les cas. Nous savons comment réduire le nombre de morts et de malades dans une très courte période. Il faut des médicaments appropriés et des moustiquaires. Je trouve inexcusable que des enfants africains aillent se coucher sans être protégés par une moustiquaire qui coûte seulement 5 \$. Une moustiquaire dure 5 ans, ce qui fait 1 \$ par an par habitant des pays riches ». Un tel plan antipaludisme ne coûterait que 2 à 3 milliards de dollars par an.

rects de cette maladie. En effet, le nombre d'enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH/Sida en Afrique subsaharienne était estimé en 2005 à 2 millions et le nombre d'orphelins du Sida à 12 millions (ONUSIDA, 2006). Dans certains pays, le Sida joue ainsi un rôle majeur dans la hausse de la mortalité des enfants, qui concerne non seulement les enfants contaminés, mais aussi les orphelins du Sida, fragilisés par la désagrégation des cellules familiales suite au décès de leurs parents. Dans la lutte contre le Sida, comme dans celle contre le paludisme, les maladies infectieuses et les maladies diarrhéiques, il faut souligner que des résultats positifs peuvent être obtenus dans des délais assez courts, à supposer que les programmes mis en œuvre (horizontaux ou verticaux, publics ou privés) soient bien organisés et disposent de suffisamment de ressources. Il importe également de développer les programmes de traitement des enfants infectés dont l'efficacité a été prouvée (Elenga *et al.*, 2006).

3. L'accès à la santé est également une priorité forte. La santé est une partie intégrante du développement, et la privation de la santé est un aspect du sous-développement. Pour l'individu, ne pas bénéficier de l'information, des services et des traitements médicaux constitue un élément de pauvreté. De même, pour un pays, ne pas disposer d'une infrastructure adéquate en matière de santé est un élément du sous-développement. Il est également important de bien voir, comme le fait Sen, les connexions entre, d'une part, la santé et le développement sanitaire et, d'autre part, la qualité de vie des individus, pris en tant que tels, mais aussi en tant qu'agents producteurs dans l'économie et agents du changement social et politique. La question de l'efficacité des systèmes de santé doit par conséquent être à l'ordre du jour des politiques de développement (Mach, 2004). Il s'agit de promouvoir des soins de santé (et de santé de la reproduction, voir plus bas) accessibles à tous, notamment aux plus démunis (FNUAP, 2004). En Afrique subsaharienne tout particulièrement, où les inégalités d'accès sont frappantes, ces politiques doivent intégrer une exigence d'équité, nécessaire à la croissance et au développement à long terme, et garantir à chacun un accès aux services de santé¹⁵.

Face à cette exigence d'équité, la question du financement devient stratégique. Si les ressources allouées à la santé ont enregistré une croissance dans les pays les plus riches de la région, les pays plus pauvres connaissent une stagnation, voire un recul. À cette inégalité entre les pays s'ajoute une inégalité entre les familles, puisque la majorité des États africains ont renoncé à la gratuité des soins, pour pallier leurs insuffisances budgétaires. De fait, depuis l'initiative de Bamako au milieu des années

15. Cette notion d'équité a d'ailleurs été avancée comme l'un des facteurs susceptibles d'accélérer la transition démographique (Repetto, 1978).

1980, les États ont choisi de recourir à un recouvrement des coûts par un paiement à l'acte qui pénalise les familles les plus pauvres¹⁶. Celles-ci sont ainsi souvent conduites à faire des choix, non pertinents d'un point de vue thérapeutique, entre les soins et les médicaments qui leur sont prescrits ou entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Il conviendrait par conséquent d'articuler divers mécanismes de financement de l'accès aux services de santé (participation des usagers, sécurité sociale, mutuelle, subventionnement, etc.), suivant les différents statuts économiques et les différents niveaux de revenus des patients et suivant la nature des soins dispensés (Audibert *et al.*, 2003). Comme dans la lutte contre la mortalité des enfants, une amélioration de l'état de santé des populations, et donc une augmentation de l'espérance de vie à la naissance (notamment dans les pays où elle est faible, c'est-à-dire inférieure à 50 ans), peut être obtenue assez rapidement, du moins en ce qui concerne tout ce qui relève des soins de santé primaires. Mais cela suppose une couverture sanitaire adéquate du territoire national, une bonne articulation entre les divers niveaux de soins (centres de santé de base, structures intermédiaires et hôpitaux nationaux de référence), un personnel suffisant, motivé et non corrompu, bref un fonctionnement satisfaisant du système public de santé. On est loin de cette situation dans nombre de pays. En effet, d'après des enquêtes anthropologiques réalisées récemment dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, les systèmes de santé publics paraissent très dégradés (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

4. L'accès pour tous aux services de santé de la reproduction constitue une autre priorité, souvent négligée du fait de l'urgence des autres problèmes qui submergent les services de santé en général. L'accès pour tous aux services de santé de la reproduction se heurte en effet à plusieurs difficultés. La première de ces difficultés tient à la définition très large qu'en a retenue la conférence du Caire. Celle-ci inclut en effet la santé maternelle et infantile, la planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles, la séropositivité et le Sida, la stérilité, les soins post-avortement, les cancers de l'appareil génital, la violence conjugale et les droits à la fertilité et à la sexualité. Malgré l'importance de chacune de ces composantes, il est le plus souvent impossible de trouver les moyens nécessaires pour les prendre toutes en charge de manière satisfaisante : des choix s'avèrent donc nécessaires. La deuxième diffi-

16. On a estimé que 40 % des dépenses totales de santé en Afrique sont supportées par les particuliers, alors que les dépenses de l'État comptent pour environ 37 %. Quant à la plus grande partie des financements des bailleurs de fonds, elle sert à alimenter les budgets d'équipement ou de développement plutôt qu'à aider au financement des dépenses d'exploitation courantes telles que salaires, médicaments et entretien (Banque mondiale, 1997).

culté tient à la recommandation d'intégrer les services en santé de la reproduction dans le système public de santé, pour des raisons de cohérence et aussi d'économie d'échelle. En fait, nombre de pays moins développés admettent qu'ils ne sont pas prêts pour cette intégration, du fait de goulets d'étranglements institutionnels et opérationnels. D'où la prise en charge par des programmes verticaux de certaines composantes : la lutte contre le Sida, la lutte contre le paludisme, la vaccination contre certaines maladies, etc. En fait, l'approche globale recommandée en santé de la reproduction a fait passer au second plan la planification familiale. Il importe donc de revenir à l'engagement pris au Caire en 1994 : « Tous les pays devraient prendre des mesures pour satisfaire le plus tôt possible les besoins de leur population dans le domaine de la planification familiale et, d'ici à 2015, s'efforcer dans tous les cas de mettre à la disposition de chacun une gamme complète de méthodes fiables de planification familiale et de services connexes de santé en matière de reproduction qui ne soient pas contraires à la loi. » Cette promesse semble avoir été oubliée, malgré l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Afrique subsaharienne. Pourtant, le fait de ne pas pouvoir maîtriser sa procréation par des moyens sûrs constitue, pour un individu, un déni de ses droits humains les plus élémentaires.

S'il importe donc de prêter une attention nécessaire à l'information, à l'accès aux services et au suivi en matière de planification familiale, il convient de noter que pour nombre de pays la satisfaction des besoins de la population en la matière reste un objectif lointain. En effet, d'après les chiffres, les taux de prévalence de la contraception se situaient, au début des années 2000, entre 10 et 40 % dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. En se fixant comme objectif d'augmenter d'au moins un point de pourcentage par an la prévalence de la contraception, il faudra entre 30 et 60 ans pour arriver à des prévalences de l'ordre de 70 % correspondant à la satisfaction des besoins, et entre 15 et 30 ans avec un objectif d'augmentation de la prévalence de la contraception de deux points par an, performance que peu de pays dans le monde ont réalisée (Guengant et Rafalimanana, 2005). Le corollaire de cette situation est que le ralentissement de la croissance démographique, qui passe par la maîtrise de la fécondité et une augmentation régulière de la pratique de la contraception, prendra du temps. Il est d'autant plus important de revenir rapidement à l'engagement pris au Caire en 1994 que la réalisation de la plupart des Objectifs du Millénaire (notamment ceux relatifs à l'éducation, à l'égalité et au pouvoir des femmes, à la réduction de la mortalité maternelle et infantile) est empêchée, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, par la forte croissance démographique, les grossesses à risque (celles qui sont trop nombreuses, trop rapprochées, trop précoces ou trop tardives) et les grossesses non désirées.

5. L'amélioration de l'accès des jeunes générations à la santé de la reproduction doit être un volet d'action spécifique, dans le cadre d'une politique allant bien au-delà des seuls services de santé. Les comportements des jeunes générations dans les années futures seront décisifs pour modeler la dynamique démographique de la région. Or ces jeunes amorcent leur vie sexuelle et reproductive dans une situation non seulement de précarité sociale et économique, liée au coût croissant de la scolarisation et au sous-emploi qui frappe les nouveaux entrants sur le marché du travail, mais aussi de vulnérabilité au plan sanitaire, avec la diffusion du VIH/Sida (cf. chapitre 6). On assiste en outre à une mutation du contexte social de la sexualité et de la procréation avec une certaine déshérence des contrôles jusqu'alors exercés par les institutions familiales sur la base de normes traditionnelles. En parallèle on observe l'émergence de nouveaux acteurs (école, médias, ONG, pairs) qui véhiculent de nouveaux modèles de comportements, tout particulièrement chez les adolescents et les jeunes. Ces évolutions favorisent, de la part des jeunes générations, des conduites moins normatives qui se traduisent notamment par un recul de l'âge au premier mariage. Ce recul concourt, avec l'affaiblissement du contrôle familial, à un accroissement de la sexualité prémaritale et des comportements à risque entraînant une croissance des IST, à l'augmentation parallèle de la fécondité prémaritale et des avortements. Les jeunes non mariés ont en effet un accès souvent difficile aux services de santé de la reproduction, ce qui explique leur faible utilisation de la contraception, notamment des méthodes modernes¹⁷, et leur recours fréquent aux interruptions volontaires de grossesse. Comme celles-ci sont pratiquées le plus souvent dans des contextes non médicalisés, les risques de morbidité, voire de mortalité, sont élevés. Pour lutter contre cet enchaînement de précarité, il est essentiel de développer des programmes de santé sexuelle et reproductive en direction des jeunes générations et, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, de leur permettre d'accéder aux services de santé de la reproduction sans contrainte, même s'ils sont célibataires. Les actions correspondantes, si elles sont bien organisées et menées avec conviction, sont susceptibles d'avoir des effets relativement rapides, en particulier sur la prévention des grossesses précoces et des comportements à risque.

L'ensemble de ces actions prioritaires, présentées ici rapidement, doit permettre d'impulser de nouvelles dynamiques positives par l'intrication de cercles vertueux associant progrès de l'éducation, amélioration de l'état de santé et de la maîtrise de la fécondité, baisse de la mortalité et de

17. Si l'utilisation du préservatif s'est récemment accrue, avec les campagnes de promotion réalisées dans le cadre des programmes de prévention du VIH/Sida, son emploi est souvent incorrect ou irrégulier.

la fécondité, progrès dans l'insertion des jeunes sur le marché du travail, hausse de la productivité des agents économiques, etc. Outre les priorités privilégiées ici, il faut citer certaines actions qui sortent du cadre de cette étude mais qui n'en demeurent pas moins essentielles dans le succès des cercles vertueux énoncés ci-dessus. Il s'agit de la lutte contre la corruption (si néfaste à un fonctionnement équitable du système de santé, cf. Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), de l'amélioration de la souveraineté des États sur leur territoire, de la fin des conflits civils, du retour des réfugiés dans leur pays...

Des recherches prioritaires pour améliorer les connaissances

Malgré les progrès récents en matière d'enquête, à travers notamment le programme des enquêtes démographique et de santé (EDS), les informations démographiques et économiques de base sont encore insuffisantes et quasi inexistantes pour les pays touchés par les guerres ou les conflits (Angola, Congo, République démocratique du Congo, Somalie, etc.). Lorsqu'elles existent, les données disponibles ne permettent guère d'approfondir les relations entre les changements démographiques et les changements économiques. De même, les statistiques sociales et sanitaires sont le plus souvent pauvres et peu exploitées. En outre, l'accès à des sources comme les recensements, dont l'apport en matière d'informations sur la population est important, est souvent difficile, sinon impossible. Ces lacunes en matière de données pénalisent la recherche. Il importe d'y remédier si l'on souhaite arriver à une meilleure compréhension des différentes interrelations à l'œuvre et de leurs dynamiques dans le temps, ce qui aiderait à la détermination des politiques.

Les insuffisances des analyses disponibles, mises en évidence dans cet ouvrage, comme les priorités d'actions opérationnelles que nous venons de préciser, permettent de dégager quelques priorités de recherche pour les années à venir.

1. Appréhender les relations démo-économiques et l'effet de la pauvreté. En matière d'analyse des relations population-développement, la recherche souffre cruellement, tout particulièrement en Afrique, d'un manque d'intégration des données démographiques et des données économiques. Il en découle une grande méconnaissance des effets réciproques entre la croissance démographique (élevée ou en ralentissement) et la croissance économique. Les dynamiques démographiques et les politiques de population sont peu prises en compte dans les travaux écono-

miques. Lorsqu'elles le sont, c'est le plus souvent de manière exogène ou marginale. *A contrario*, les travaux démographiques négligent souvent les dynamiques économiques et ne prennent en compte que quelques variables individuelles (activité économique, statut dans l'activité, conditions matérielles de vie, etc.). Compte tenu de ces lacunes, la recherche doit mettre davantage l'accent sur ces relations démo-économiques : effet de la pauvreté sur les comportements démographiques, liaisons entre les structures de population et les dynamiques économiques, etc. Les lacunes de la recherche sont patentes dans le domaine des relations entre pauvreté et comportements reproductifs, domaine directement lié à l'objet de cet ouvrage. Trop de recherches se cantonnent encore dans l'étude différentielle de la fécondité en fonction du niveau de vie. C'est une approche descriptive, utile mais insuffisante, qui doit être élargie à l'ensemble des variables intermédiaires, et notamment aux comportements de régulation de la fécondité, très divers selon les niveaux de pauvreté. Il en est de même concernant la compréhension des interactions entre pauvreté et mortalité qui sont encore peu documentées, notamment pour la mortalité des adultes. La pauvreté engendre des situations de sous-nutrition et l'adoption de logiques de subsistance de court terme, souvent peu propices à un bon état de santé. En retour, la maladie et la mortalité sont des facteurs d'appauvrissement et de vulnérabilité : diminution de la productivité au travail et de l'investissement scolaire, déstabilisation des foyers familiaux, frein à la mobilité sociale... Sur tous ces points, les démographes doivent diversifier leurs bases de données (en utilisant par exemple davantage les enquêtes de niveaux de vie ou de budget-consommation) et mieux intégrer les données démographiques et économiques dans leurs analyses.

2. Comprendre les déterminants des changements démographiques actuels. Au plan démographique, les déterminants des inversions ou des stabilisations, phénomènes majeurs de la période récente en Afrique subsaharienne, demeurent encore mal connus. Ces retournements de tendances, ces interruptions du progrès doivent faire l'objet de recherches approfondies et d'un suivi permettant d'apprécier la véritable nature, conjoncturelle ou structurelle, de ces phénomènes. Il s'agit en particulier de mieux comprendre les remontées de la mortalité, et, par conséquent, de poser la question de la réversibilité des progrès sanitaires, ainsi que celle de la stabilisation de la fécondité et de la faible utilisation de la contraception. Dans la mesure où les facteurs *a priori* responsables sont de diverses natures, il importe de mener des recherches pluridisciplinaires qui intègrent aux analyses démographiques des approches économiques et sociologiques. Ces recherches pourraient porter en particulier sur les effets des crises et de la pauvreté, sur les conséquences du Sida et

des maladies émergentes ou réurgentes, sur les séquelles de la réorientation financière des programmes de santé (réorientation du financement de la planification familiale vers le VIH/Sida notamment) et sur les répercussions des crises et des conflits civils qui ont déchiré plusieurs pays du continent.

3. Interpréter les faibles progrès de la contraception. Au cœur d'une transition démographique en panne, on trouve essentiellement le maintien de la mortalité à des niveaux élevés et le faible décollage de la contraception, sujets qui méritent une attention particulière. Concernant les très faibles progrès de la prévalence contraceptive, notamment dans les pays francophones, plusieurs questions méritent d'être approfondies. Il s'agit principalement : premièrement, de comprendre quelle rationalité sous-tend le maintien de la fécondité désirée à un niveau élevé, afin d'expliquer la persistance de hauts niveaux de fécondité et la faiblesse de l'utilisation de la contraception dans différentes populations ; deuxièmement, d'analyser les causes de la faiblesse de l'offre et de la mauvaise qualité des services offerts aux populations ; troisièmement, d'expliquer la préférence de nombreuses personnes pour des pratiques de régulation autres que les méthodes modernes de contraception. Sur ce plan, l'adoption par les populations africaines de modes de régulation de la fécondité relativement inédits et atypiques comparés à ceux qui accompagnent les transitions classiques de la fécondité, avec une association croissante de comportements diversifiés de régulation, mérite d'être questionnée.

4. Analyser les facteurs de la forte mortalité. La permanence d'une mortalité élevée, la réversibilité des progrès sanitaires et les fortes inégalités sociales et géographiques en la matière justifient de développer les études sur la mortalité. Celles-ci restent en effet le parent pauvre de la recherche démographique depuis les années 1980, malgré des améliorations récentes de la collecte des données dans les enquêtes démographiques et de santé. Compte tenu des zones d'ombre actuelles, il semble nécessaire de mettre l'accent sur quelques points particuliers. Tout d'abord, accorder plus d'attention à la mortalité adulte. Celle-ci reste en effet mal connue, alors que, la mortalité des enfants ayant aujourd'hui diminué, elle peut représenter une part importante de la mortalité totale, et ce d'autant plus qu'elle a connu dans certains pays une augmentation, qui n'est pas toujours imputable au Sida. Il est également important de développer des recherches sur les causes de mortalité, dont la connaissance est fragmentaire, afin de mieux orienter les programmes de santé et de recherche médicale. La mortalité associée au Sida doit bien entendu représenter un axe important de recherche, car nous disposons d'une vue encore incomplète de son impact et de ses tendances. Le Sida constitue

bien l'un des événements contemporains les plus importants survenus dans le champ de la démographie et de la santé. Il est devenu la principale cause de mortalité adulte dans certains pays d'Afrique subsaharienne, ce qui a complètement modifié la structure des causes de décès. Le Sida et la crainte du Sida ont aussi modifié la biologie et les comportements de la reproduction humaine, selon des modalités qui restent largement inconnues. Les tendances de la pandémie auront dans les années à venir un effet décisif sur l'évolution de l'espérance de vie et des structures des populations. Au-delà, la recherche explicative relative à la mortalité en est encore à ses débuts. Il manque un cadre théorique pertinent qui permettrait d'identifier les mécanismes de précarisation et de donner un sens à leurs effets sur la santé des personnes. Enfin, davantage d'études devraient porter sur l'inégale exposition aux facteurs de risques, sur l'inégal recours aux systèmes de soins, ainsi que sur les différences de parcours au sein de ces systèmes.

5. Améliorer les connaissances sur l'efficacité de certains leviers opérationnels. La complexité des relations entre l'éducation, la santé et les variables démographiques doit conduire à privilégier des axes de recherche permettant de mieux comprendre les processus par lesquels les progrès de la scolarisation et de la santé sont des vecteurs importants de la transition démographique. Il s'agit tout d'abord de prendre en compte la nature des environnements institutionnels. C'est dans ce cadre que doit être considérée la situation des États fragiles ou affaiblis, où se développe la grande pauvreté. Il paraît en effet utile de dégager les spécificités des relations entre variables démographiques, santé et éducation dans des contextes où les institutions et les pouvoirs sont faibles, où les conflits et l'insécurité sont récurrents et sur lesquels il existe aujourd'hui peu de données et d'analyses. Il est donc urgent de repérer les seuils qui définissent des trappes à pauvreté et ceux qui permettent de faire jouer différents leviers complémentaires. Il faut également considérer le rôle que joue, sur les comportements démographiques, l'appartenance à une religion, notamment aux Églises évangélistes et à l'islam, de plus en plus prégnants dans de nombreux pays. Il paraît enfin essentiel de développer la recherche opérationnelle afin de mieux comprendre les effets des différents programmes de santé et de scolarisation. Il convient en particulier d'évaluer les programmes de santé dont l'objectif est de réduire les inégalités de morbidité et de mortalité, d'évaluer les programmes de planification familiale, de comparer les impacts respectifs des programmes intégrés et des programmes verticaux, et enfin d'évaluer les résultats des programmes destinés à réduire les différentiels de scolarisation entre garçons et filles.

Conclusion

Un groupe d'experts rassemblés par le National Intelligence Council des États-Unis, qui menait en 2004 une prospective sur l'avenir de l'Afrique subsaharienne à l'horizon 2020-2030, décida de ne pas tenir compte des phénomènes démographiques, qu'il trouvait beaucoup trop remplis d'incertitudes dans cette région du monde (NIC, 2004), comme si les sphères de l'économie ou du politique connaissaient moins de contingences et d'aléas. Nous pensons au contraire qu'il est essentiel d'intégrer les questions de population dans la réflexion scientifique et l'action politique.

La pauvreté et l'inégalité sont au cœur de l'Afrique subsaharienne, dont 44 % de la population vit en état d'extrême pauvreté. Ce qui est vrai dans le domaine de la sphère économique ou environnementale (l'accès à l'emploi, aux ressources naturelles, aux moyens de production, à la technologie et au savoir...) l'est aussi en matière démographique. Pour les Africains, les moyens de maîtriser leur fécondité et de lutter contre les maladies, plus prégnantes et mortelles que dans le reste du monde, sont faibles et très inégalement répartis entre les pays et, à l'intérieur de ceux-ci, entre les catégories sociales. L'espérance de vie dans la région n'est que de 49 ans, contre 50 ans dans les années 1980. Près d'un enfant sur dix meurt avant son premier anniversaire, et un sur six meurt avant son cinquième anniversaire. Le nombre de décès maternels, 870 pour 100 000 naissances vivantes, est de loin le plus élevé du monde. Et ce ne sont là que quelques indicateurs parmi d'autres, mis en évidence dans ce volume, qui attestent d'une situation inquiétante à l'échelle régionale, avec des situations plus favorables pour quelques pays et des conditions plus dramatiques pour beaucoup d'autres.

Dans cette synthèse, nous dressons les grandes lignes caractérisant la situation actuelle en matière de relations entre éducation, santé, santé de la reproduction, démographie et développement. Nous proposons quelques priorités opérationnelles dans le domaine de la population et avançons des priorités de recherche afin de mieux éclairer l'action politique. En conclusion, il convient de souligner les grandes caractéristiques de l'évolution démo-économique de l'Afrique subsaharienne, afin de mieux situer les enjeux politiques :

- l'entrée tardive, par rapport aux autres régions en développement, dans le mouvement de transition démographique (mortalité en baisse ralentie ou en reprise, fécondité élevée en diminution variable) ;
- le faible développement économique et social, dans le cadre d'une économie de type rentier, dominée par le secteur primaire de production à faible valeur ajoutée (agriculture, pêches côtières, exploitations fores-

tières et minières), qui se traduit par une pauvreté monétaire répandue et souvent extrême, et par des conditions d'existence dégradées ;

- la diversification des régimes démographiques, des systèmes politiques et des économies. La croissance démographique est plus ou moins rapide, le régime politique plus ou moins démocratique, l'économie plus ou moins dynamique, selon le pays et selon le moment. Au sud du Sahara, il n'y a pas une seule Afrique mais des Afriques, résultat d'une mosaïque de pays distincts et souvent différents à l'intérieur de sous-régions moins homogènes qu'on ne le croit, même si l'effet de voisinage joue son rôle ;

- l'accroissement des inégalités sociales et spatiales à l'intérieur des pays, tant dans le domaine de la démographie (nuptialité, fécondité, mortalité) que dans celui de l'économie (accès à l'éducation et à l'emploi, habitat, etc.). Ces inégalités fondent de véritables différences entre scolarisés et illettrés, urbains et ruraux, constitutives d'une forte hiérarchie économique et sociale ;

- la réversibilité de certains progrès, dramatique en matière de mortalité et de santé adulte ou infanto-juvénile, avec le Sida, les conflits et la pauvreté. L'Afrique australe, qui était hier la région de loin la plus développée, en avance sur tous les plans et sur la voie de la transition démographique, se retrouve aujourd'hui avec l'espérance de vie à la naissance la plus faible, du fait de l'ampleur de l'épidémie du VIH/Sida. Cette réversibilité est également présente dans l'économie, au gré de l'évolution des cours mondiaux des matières premières, du pétrole et des cultures de rente, mais aussi de l'instabilité politique et de la désorganisation économique. Le Zimbabwe est l'exemple sans doute extrême de cette inversion. Hier l'un des leaders dans le domaine des progrès sanitaires et du contrôle de la croissance démographique, le Zimbabwe est aujourd'hui miné par le VIH/Sida avec une espérance de vie en chute dramatique. Ce pays, qui était doté d'une économie et d'une agriculture florissantes et exportatrices, est aujourd'hui au bord de la faillite, du fait d'une réforme agraire désordonnée, et connaît une inflation vertigineuse, une déstructuration de ses services publics et un appauvrissement massif de sa population.

Pour certains pays, la réversibilité récente de quelques progrès notables est ainsi attestée. À l'inverse, l'amélioration ou le rétablissement de certaines économies se dessine sous l'effet notamment du renchérissement récent des produits pétroliers et miniers. De même qu'émerge peu à peu une réduction de la croissance démographique dans certains pays et certaines catégories de la population. Tout ceci dessine pour l'Afrique subsaharienne un présent contrasté et un avenir incertain. Car s'il n'existe pas de fatalité, bien au contraire, comme on peut le voir avec les succès importants obtenus dans la lutte contre l'onchocercose et la forte rédu-

tion de la dracunculose et de la lèpre, il n'y a pas non plus de situation acquise, comme on le constate, par exemple, avec les politiques de vaccination qui ne peuvent être interrompues et nécessitent des efforts constants.

Dans le domaine plus proprement démographique, le modèle de transition habituellement rencontré dans les autres régions en développement est en panne. L'état de santé s'améliore peu, le niveau technologique est faible et le degré de dépendance envers les travailleurs adultes est élevé. L'adoption et la mise en œuvre de politiques orientées sur les actions prioritaires que nous avons suggérées en matière d'éducation, de lutte contre la mortalité, d'accès équitable aux services de santé et de santé de la reproduction, y compris pour les jeunes, devraient permettre d'impulser de nouveaux changements porteurs de progrès et d'amélioration des conditions de vie. Les actions dans le domaine de la population doivent participer d'une orientation politique de développement élargie, sans laquelle elles auraient peu d'effet sur la dynamique d'ensemble. Cette orientation politique large doit être entièrement au service du décollage économique, à travers notamment la recherche de gains de productivité dans l'agriculture, la bonne gouvernance des revenus des hydrocarbures et des mines, la résolution des conflits internes et des conflits entre pays, et la stabilisation politique grâce au renforcement d'États démocratiques, débarrassés de toute inclination patrimoniale et clanique.

Bibliographie

- AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE ROODENBEKE É. (2003), « Évolutions et nouvelles orientations pour le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu », *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, vol. 13, n° 4, p. 209-14.
- BANQUE MONDIALE (1993), *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*, Washington.
- (1997), « Vers des soins de santé durables en Afrique subsaharienne : le partage des coûts », *Findings. Région Afrique*, n° 63, mai.
- (2005), *Rapport sur le développement dans le monde 2006. Équité et développement*, New York, Oxford University Press.
- BEHRMAN J. (1996), « The Impact of Health and Nutrition on Education », *The World Bank Research Observer*, vol. 11, n° 1, p. 23-38.
- BLANCHET D. (1985), « Croissances économique et démographique dans les pays en développement : indépendance ou interdépendance ? », *Population*, vol. 40, n° 1, p. 29-46.

- (1991), *Modélisation démo-économique. Conséquences économiques des évolutions démographiques*, Paris, INED-PUF.
- BONGAARTS J. (2006), « The Causes of Stalling Fertility Transitions », *Studies in Family Planning*, vol. 37, n° 1, p. 1-16.
- BRUNET-JAILLY J. (2002), « La santé », in Tapinos G.P., Hugon P. et Vimard P. (dir.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle*, Paris, Karthala, coll. « Hommes et Sociétés », p. 325-367.
- CALDWELL J.C. (2004), « Demographic Theory: A Long View », *Population and Development Review*, vol. 30, n° 2, p. 297-316.
- CASSEN R. (dir.) (1994), *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*, New Brunswick-New Jersey-Oxford, Transaction Publishers.
- CEA (Commission économique pour l'Afrique) (2005), *Rapport économique sur l'Afrique 2005. Relever le défi posé par le chômage et la pauvreté en Afrique*, Nations unies-CEA, <http://www.uneca.org/fr/era2005/>.
- CHESNAIS J.-C. (1986), *La Transition démographique*, Paris, INED-PUF, Cahier n° 113.
- CLAPHAM C. (2006), « The Political Economy of African Population Change », in Demeny P. et McNicoll G. (eds.), *The Political Economy of Global Population Change 1950-2050*, Population and Development Review Supplements, p. 96-114.
- CLING J.-P., COGNEAU D., LOUP J. et al. (2005), *Le Développement, une question de chances ? À propos du Rapport sur le développement dans le monde 2006 « Équité et développement »*, Paris, DIAL, Document de travail n° 15.
- COGHLAN B., BRENNAN R.J., NGOY P. et al. (2006), « Mortality in the Democratic Republic of Congo: A Nationwide Survey », *The Lancet*, vol. 367, n° 9504, p. 44-51.
- COHEN B. (1998), « The Emerging Fertility Transition in Sub-Saharan Africa », *World Development*, vol. 26, n° 8, p. 1431-1461.
- DEMENY P. et MCNICOLL G. (2006), « The Political Demography of the World System, 2000-2050 », in Demeny P. et McNicoll G. (eds.), *The Political Economy of Global Population Change, 1950-2050*, Population and Development Review Supplements, p. 254-287.
- EASTERLIN R. (1967), « Effects of Population Growth on the Economic Development of Developing Countries », *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, n° 369, p. 98-108.
- ELENGA N., FASSINOU P., DOSSOU R. et al. (2006), « La tache aveugle de l'infection par le VIH en Afrique : la prise en charge de l'infection pédiatrique. L'expérience d'un programme pilote, "le Programme Enfant Yopougon" », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 333-360.

- FASSASSI R. et VIMARD P. (2002), « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », in Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B. et Koffi N. (dir.), *Santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, ENSEA-FNUAP-IRD, p. 189-213.
- FNUAP (2004), *L'État de la population mondiale 2004. Le Consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, New York.
- GAUTIER A. (2006), « L'information sur les méthodes contraceptives dix ans après le programme d'action du Caire », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 41-74.
- GUILLAUME A. (2000), *L'Avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique*, CEPED, coll. « La chronique du Ceped » n° 37, avril-juin.
- (2003), « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, vol. 58, n° 6, p. 741-772.
- GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. (2005), « The Cairo Approach: Making Reproductive Health and Family Planning Programmes more Acceptable or Embracing too much ? », Communication au XXV^e Congrès général de la population de l'UIESP, Tours, 18 au 23 juillet.
- HERBST J. (2000), *States and Power in Africa: Comparative Lessons in Authority and Control*, Princeton, Princeton University Press.
- HILL A. (1996), « La mortalité des jeunes enfants : ses tendances », in Foote K.A., Hill K.H. et Martin L.G. (dir.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Paris, INED-PUF, coll. « Travaux et Documents », Cahier n° 135, p. 155-215.
- HODGSON D. (1983), « Demography as a Social Science and Policy Science », *Population and Development Review*, vol. 15, n° 1, p. 1-34.
- HUGON P. (2006), *L'Économie de l'Afrique*, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».
- ILIFFE J. (1995), *Africa: The History of a Continent*, Cambridge, Cambridge University Press.
- JAFFRÉ Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.) (2003), *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala, coll. « Hommes et Sociétés ».
- KI-ZERBO J. (2003), *À quand l'Afrique ?*, Entretien avec René Holenstein, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.
- KUZNETS S. (1967), « Population and Economic Growth », *Proceeding of the American Philosophy Society*, vol. 111, n° 3.
- MACH A. (2004), « Amartya Sen, développement et santé », *À notre santé*, La lettre de l'OMS, OMS, http://www.who.int/infwha52/to_our_health/developpement_et_sante.html.

- MATHERS C.D. et LONCAR D. (2006), « Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 », *PLoS Med*, vol. 3, n° 11, p. 442.
- MESLE F. et VALLIN J. (1997), « La mortalité dans le monde : tendances et perspectives », in Chasteland J.-C. et Chesnais J.-C. (dir.), *La Population du monde. Enjeux et problèmes*, Paris, INED-PUF, p. 461-479.
- MOSER K., SHKOLNIKOV V. et LEON D.A. (2005), « World Mortality 1950-2000: Divergence Replaces Convergence from the Late 1980s », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, n° 3, p. 202-209.
- NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL (2004), *Africa in 2020*, National Intelligence Council 2020 Project, Summary of Discussion by Select Panel of US Experts, Discussion paper, January 9.
- (2005), *Mapping Sub-Saharan Africa's Future*, Conference summary, mars, http://www.dni.gov/nic/confreports_africa_future.html.
- NATIONS UNIES (1994), *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire 5-13 septembre, New York, Nations unies.
- (2003), *World Population Prospects. The 2002 Revision*, New York, Nations unies.
- NDULU B.J. (2006), « Ramping up African Growth: Lessons from Five Decades of Growth Experience », *Economic Affairs*, vol. 26, n° 4, p. 5-11.
- NDULU B.J. et O'CONNELL S. (2006), *Policy Plus: African Economic Growth 1960-2000*, AERC Mini-Plenary Session on the Growth Project (mai 2005, révisé juillet 2006).
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2005), *Rapport sur la santé 2005-Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève, OMS.
- ONUSIDA (2006), *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006. Édition spéciale 10^e anniversaire de l'ONUSIDA*, Genève, ONUSIDA. http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_fr.asp.
- REPETTO R. (1978), « The Interaction of Fertility in the Size Distribution of Income », *The Journal of Development Studies*, vol. 14, p. 22-39.
- ROSS J. et STOVER J. (2001), « The Family Planning Program Effort Index: 1999 Cycle », *International Family Planning Perspectives*, vol. 27, n° 3, September, p. 119-129.
- ROUGIER E. (1999), *Les Conséquences économiques de la croissance démographique : 35 ans de débat entre orthodoxie et relativisme*, Bordeaux, Centre d'économie du développement, Document de travail n° 33.

- RUTSTEIN S.O. et JOHNSON K. (2004), *The DHS Wealth Index*, Calverton, Maryland, ORC Macro, DHS Comparative Reports n° 6.
- SCHOUMAKER B. (2004), « Pauvreté et fécondité en Afrique subsaharienne : perspectives théoriques et analyses empiriques », *African Population Studies*, Supplement A to vol. 19, p. 13-45.
- SEN A. (1999), *Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté*, Paris, Odile Jacob.
- SEVERINO J.-M. et CHARNOZ O. (2005), « Les “mutations imprévues”. État des lieux de l’aide publique au développement », *Afrique contemporaine*, n° 213, p. 13-131.
- TABUTIN D. (1997), « Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificité, changements... et incertitudes », in UIESP (dir.), *Actes du Congrès international de la population, Beijing*, vol. 1, p. 219-246.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2001), « Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique subsaharienne », Communication au XXIV^e Congrès général de la population, Salvador-Brazil août 2001, UIESP.
- (2004), « La démographie de l’Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.
- TIMÆUS I. (1996), « La mortalité adulte », in Foote K.A., Hill K.H. et Martin L.G. (dir.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Paris, INED-PUF, coll. « Travaux et Documents », Cahier n° 135, p. 217-254.
- UNFPA (2005), *Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2003, Estimate for 2004/05*, http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/527_filename_financing_icpd_programme.pdf.
- UNICEF (2005a), *Indicateurs du Millénaire : mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (estimations de l’UNICEF)*, mis à jour le 24 février 2005.
- (2005b), *La Situation des enfants dans le monde 2006. Exclut et invisibles*, New York, Unicef.
- UNITED NATIONS (1993), *Population Growth and Economic Development*, Report of the Consultative Meeting of Economists convened by the United Nations Population Fund, 28-29 September 1992, New York, UNFPA.
- (2005), *World Population Prospects. The 2004 Revision*, New York, United Nations.
- (2006a), *Millennium Development Goals Report 2006*, New York, United Nations.
- (2006b), *World Mortality Report 2005*, New York, Population Division of United Nations, ST/ESA/SR/A/252.

- (2007a), *World Population Prospects. The 2006 Revision, Population Database*, United Nations, Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>.
- (2007b), *World Population Prospects. The 2006 Revision. Highlights*, New York, United Nations, Population Division.
- UNPD (2006), *Human Development Report 2006. Beyond scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis*, New York.
- VIMARD P. (2002), « Pauvretés, crises et population », in Charbit Y. (dir.), *Population et développement*, Paris, La Documentation française, coll. des « Notes et études documentaires », p. 43-73.
- VIMARD P. et FASSASSI R. (2005), *L'Évolution de la contraception en Afrique*, Communication à la Conférence virtuelle du GRIPPS « La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle », 12 au 15 octobre.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E. (2007), « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 173-214.
- WORLD BANK (2006), *Africa Development Indicators 2006*, Washington D.C., Oxford University Press.

Tableau annexe 1. Croissance économique et croissance démographique selon les pays en Afrique subsaharienne

Niveau de croissance démographique : taux annuel moyen de croissance de la population 2000-2005	Niveau de croissance économique : taux annuel moyen de croissance du PNB, 1996-2005 (%)			
	Croissance faible ou absente (de -2,4 % à 2,8 %)	Croissance lente (de 3,1 % à 4,0 %)	Croissance soutenue (de 4,5 % à 8,4 %)	Croissance liée à l'exportation de produits pétroliers (de 1,7 % à 20,9 %)
3 % et plus	Érythrée (2,2 ; 4,3) Sierra Leone (1,1 ; 4,1) Burundi (1,2 ; 3,0) Guinée-Bissau (0,6 ; 3,0)	Niger (3,5 ; 3,4)	Ouganda (6,1 ; 3,4) Bénin (4,8 ; 3,2) Burkina Faso (4,6 ; 3,2) Mali (5,7 ; 3,0) Mauritanie (4,9 ; 3,0)	Tchad (7,8 ; 3,4) Congo (3,5 ; 3,0)
Entre 2 % et 2,9 %	Congo R.D. (0,0 ; 2,8) Comores (2,0 ; 2,6) Kenya (2,8 ; 2,2)	Madagascar (3,3 ; 2,8) Togo (3,3 ; 2,7) Malawi (3,2 ; 2,3) Sao Tomé et Príncipe (3,1 ; 2,3) Guinée (3,6 ; 2,2)	Gambie (4,5 ; 2,8) Éthiopie (5,5 ; 2,4) Rwanda (7,5 ; 2,4) Cap-Vert (6,5 ; 2,4) Sénégal (4,6 ; 2,4) Ghana (4,7 ; 2,1) Mozambique (8,4 ; 2,0) Tanzanie (5,4 ; 2,0)	Angola (7,9 ; 2,8) Guinée équatoriale (20,9 ; 2,3) Nigeria (4,0 ; 2,2)
Entre 1 % et 1,9 %	Côte d'Ivoire (1,5 ; 1,6) Liberia (-8,7* ; 1,4) Centrafrique (0,9 ; 1,3)	Zambie (3,6 ; 1,7) Namibie (4,0 ; 1,4) Afrique du Sud (3,1 ; 0,8)	Cameroun (4,5 ; 1,9) Maurice (4,9 ; 1,0)	Soudan (6,4 ; 1,9) Gabon (1,7 ; 1,7)
Moins de 1 %	Seychelles (2,0 ; 0,9) Zimbabwe (-2,4 ; 0,6) Swaziland (2,8 ; 0,2) Lesotho (2,7 ; 0,1)		Botswana (5,7 ; 0,1)	

Source : World Bank (2006) ; United Nations (2005).

* En 2000-2004 ; données pour la période 1996-2000 indisponibles.

Note : Le premier nombre entre parenthèses correspond au taux de croissance économique, le second au taux de croissance démographique durant les périodes respectives d'observation.

Sigles et abréviations

ABC	<i>Abstinence, be faithful, condom</i>
AFD	Agence française de développement
AFP	Abstinence, fidélité, préservatif
ASS	Afrique au sud du Sahara
CCC	Communication pour les changements de comportement
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CEPED	Centre Population et Développement
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSP	Catégories socioprofessionnelles
DFID	Department for International Development
DIU	Dispositif intra-utérin (stérilet)
DTCoq	Diphtérie-tétanos-coqueluche
EDS	Enquête démographique et de santé
ENSEA	École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée
EPT	Éducation pour tous
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
HCR	Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
IDH	Indice de développement humain
IEC	Information éducation communication
IFORD	Institut de formation et de recherche en démographie
INED	Institut national d'études démographiques
IPH	Indice de pauvreté humaine
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IRD	Institut de recherche pour le développement
ISF	Indice synthétique de fécondité

ISFD	Indice synthétique de fécondité désirée
IST	Infection sexuellement transmissible
LPED	Laboratoire Population-Environnement-Développement
MST	Maladie sexuellement transmissible
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida
PED	Pays en développement
PF	Planning familial
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PPTE	Pays pauvres très endettés
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RNB	Revenu net par habitant
UERD	Unité d'enseignement et de recherche en démographie
UIESP	Union internationale pour l'étude scientifique de la population
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNFPA	United Nations Population Fund
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Les auteurs

Gervais BENINGUISSE est docteur en démographie de l'Université catholique de Louvain (Belgique). Il a effectué ses recherches postdoctorales en santé publique à l'Université de Montréal (Canada). Il est actuellement enseignant-chercheur à l'Institut de formation et de recherches démographiques (IFORD, Yaoundé, Cameroun) où il poursuit ses recherches en population et santé, en particulier sur l'accès et la qualité des soins en Afrique. Il enseigne les principes et les méthodes d'analyse démographique, les interrelations population, santé et développement, et le suivi-évaluation des programmes de population.

Jean-Marc CHÂTAIGNER est diplômé de l'IEP de Bordeaux et ancien élève de l'ENA, conseiller des Affaires étrangères et, depuis juin 2007, directeur du cabinet de M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État auprès du ministre des Affaires étrangères et européennes chargé de la Coopération et de la Francophonie. Il était auparavant, depuis juin 2004, directeur du département du Pilotage et des Relations stratégiques à l'Agence française de développement (AFD). Entre 1995 et 2001, il a été en charge, au sein de la Mission permanente de la France auprès des Nations unies à New York, des questions de développement et du suivi de plusieurs conflits africains traités par le Conseil de sécurité. Il est l'auteur de plusieurs articles et ouvrages sur les questions de sécurité et de développement, dont *États et sociétés fragiles. Entre conflits, reconstruction et développement*, Paris, Karthala, 2007 et *L'ONU en Sierra Leone. Les méandres d'une négociation*, Paris, Karthala, 2005.

Raïmi FASSASSI est docteur en économie de l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. Il enseigne actuellement à l'École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée (ENSEA) d'Abidjan. Il y mène des recherches en démographie économique en partenariat avec l'IRD et le CEPED. Après avoir développé des travaux sur la structure des ménages et sur les facteurs de la contraception en Côte

d'Ivoire, ses recherches actuelles portent sur les questions de pauvreté en relation avec la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne. Il est le responsable du Réseau de recherche sur la fécondité au sein du Groupe international de partenaires population-santé (GRIPPS).

Benoît FERRY, qui a assuré la coordination de cet ouvrage, est socio-démographe du développement. Il est directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), membre du Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED) et conseiller scientifique du Centre Population et Développement (CEPED). Au cours de ses séjours au Sénégal, au Cameroun, et lors de son affectation auprès de l'Enquête mondiale sur la fécondité à Londres, il s'est intéressé aux déterminants proches de la fécondité dans l'ensemble des pays en développement. Il a ensuite abordé les déterminants, la dynamique et l'impact du Sida dans le cadre du Programme mondial de lutte contre le Sida de l'OMS à Genève et par sa participation à de nombreuses recherches internationales sur le sujet. Il anime et participe à plusieurs réseaux internationaux de recherche dans les domaines de la démographie, de la santé et du développement.

Jean-Pierre GUENGANT, démographe, est directeur de recherche à l'IRD. Titulaire d'une thèse de doctorat en économie du développement, il a aujourd'hui plus de trente ans d'expérience dans la recherche, l'administration, le suivi et l'évaluation de projets. Il est l'auteur d'une centaine de titres (articles, ouvrages, monographies, contributions à des ouvrages) sur la population et le développement, notamment sur les déterminants de la fécondité, les migrations internationales et les projections démographiques. Il a été responsable de plusieurs enquêtes et programmes de recherche, et a organisé de nombreuses activités de promotion de la culture scientifique et des nouvelles technologies. Il a travaillé en particulier dans la Caraïbe, en Afrique et au niveau international, notamment avec les Nations unies à New York et le Centre de recherche pour le développement au Canada. Représentant de l'IRD au Niger de 1997 à 2003, il est actuellement représentant de l'IRD au Burkina Faso où il dirige le Centre IRD de Ouagadougou.

Philippe HUGON est professeur émérite agrégé de sciences économiques, Paris X Nanterre. Ex-directeur du CERED/DET/FORUM (Centre spécialisé en économie du développement et de la transition), membre d'EconomiX (Paris X Nanterre), directeur de recherche à l'IRIS, membre du HCCI (Haut Conseil de la coopération internationale) en 2000-2003, docteur *honoris causa* de l'université d'Arequipa, Pérou, en septembre 2003. Il est spécialiste des questions de développement, en

Afrique notamment, et d'économie politique internationale. Il est l'auteur de plus de 15 ouvrages et de plus de 150 articles, dont dernièrement *Géopolitique de l'Afrique* (Armand Colin, 2006), *Géopolitique de l'Afrique* (SEDES, 2007) et *L'Économie de l'Afrique* (La Découverte, 2006).

Bruno MASQUELIER, sociologue et diplômé de démographie, est chercheur à l'Institut de démographie de l'Université catholique de Louvain (Belgique) depuis 2006. Ses recherches ont pour objet les méthodes d'analyse de la mortalité et de la santé aux âges adultes dans les pays en développement, notamment africains, et sur les méthodes d'approche des inégalités sociales en la matière.

Bruno SCHOUAKER, géographe et démographe, est professeur au département des sciences de la population et du développement de l'Université catholique de Louvain (Belgique) depuis 2003. Ses recherches portent sur les méthodes de collecte et d'analyse des données quantitatives en démographie, sur les dynamiques démographiques en Afrique et sur les relations entre population et développement. Ses travaux récents sont consacrés aux déterminants de la migration au Burkina Faso avec des données et méthodes d'analyse longitudinales et multineaux, et aux relations entre pauvreté et démographie en Afrique.

Dominique TABUTIN, économiste et démographe, est professeur ordinaire à l'Institut de démographie de l'Université catholique de Louvain (Belgique) et, depuis 2003, président de son département des sciences de la population et du développement. Il enseigne dans différents programmes. Ses recherches portent essentiellement sur les théories et les transitions sociodémographiques passées et contemporaines, en particulier celles de la fécondité et de la mortalité dans les pays du Sud, sur les méthodes de collecte et d'analyse des données, ainsi que sur les interrelations entre population, environnement et développement, et entre pauvreté et démographie. Elles concernent notamment l'Afrique subsaharienne et le monde arabe.

Patrice VIMARD, docteur en démographie de l'université Paris I, est directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et membre du Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED). Il a conduit des travaux sur les relations démographie-agriculture ainsi que sur la démographie de la famille en Afrique de l'Ouest. Il poursuit actuellement des recherches sur la transition de la fécondité et les politiques de population en Afrique, dans une perspective théorique et comparative, ainsi que sur les relations entre santé de la

reproduction et vulnérabilités au Maroc. Coéditeur scientifique de plusieurs ouvrages sur ces différents thèmes de recherche, il est coordonnateur du Groupe international de partenaires population-santé (GRIPPS).

Résumés

1. La démographie africaine entre convergences et divergences

Jean-Pierre Guengant

Après les deux chocs démographiques majeurs que sont la traite trans-atlantique et la colonisation, l'Afrique subsaharienne a connu au XX^e siècle une récupération démographique exceptionnelle, sa population ayant été multipliée par sept entre 1900 et 2000. Cependant, contrairement aux autres régions du monde en développement, les évolutions démographiques récentes y sont mal maîtrisées. L'urbanisation du continent se poursuit et celui-ci compte aujourd'hui 38 villes millionnaires dont la gestion apparaît problématique. Les migrations internationales intrarégionales, autrefois dominantes, sont très perturbées par les conflits et les crises qui ont affecté de nombreux pays, et, parallèlement les possibilités d'émigration vers le Nord sont de plus en plus contrôlées. Certes le nombre de nouveaux cas annuels d'infection par le VIH/Sida semble avoir atteint son apogée et le risque d'implosion démographique est écarté, mais la vigilance reste toutefois de mise. La fécondité se maintient à des niveaux élevés et quatre Subsahariens sur cinq vivent dans des pays où moins de 20 % des femmes utilisent une méthode moderne et efficace de contraception. Au total, contrairement à une idée largement répandue, la transition démographique, même si elle est effectivement engagée, ne sera pas achevée en 2050 dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont la population pourrait être alors de 1,8 milliard, soit près de deux fois et demi plus qu'aujourd'hui. Les défis démographiques associés à cette croissance ininterrompue depuis 1900 apparaissent considérables.

2. Mortalité et santé

Dominique Tabutin, Bruno Schoumaker et Bruno Masquelier

Les principaux changements qui ont caractérisé la santé en Afrique subsaharienne depuis 1950 sont survenus à des rythmes très variables

selon les pays et les milieux d'habitat, ce qui a contribué à la diversification croissante des régimes démographiques africains et, souvent, au renforcement des inégalités sanitaires au sein des pays. Ce chapitre propose un aperçu de ces évolutions, en détaillant plus précisément les enjeux sanitaires placés au centre des Objectifs du Millénaire. Après avoir évoqué les conséquences démographiques du VIH/Sida et l'importance de la mortalité maternelle, il insiste sur la diversité des progrès enregistrés dans les différents pays d'Afrique subsaharienne en matière de mortalité des enfants. La décennie 1990, en particulier, aura été marquée par un ralentissement quasi généralisé des progrès, et même par une reprise de la mortalité infanto-juvénile, sans relation apparente avec les niveaux atteints auparavant. Pour éclairer certains aspects de ces fortes mortalités, trois types de recours aux soins sont présentés : la consultation prénatale, l'assistance à l'accouchement et la vaccination. L'accent est mis ensuite sur les profondes inégalités sociales et de genre qui caractérisent la santé des enfants, notamment entre les mondes paysans et urbains, avant de terminer sur quelques priorités en matière de recherche. En définitive, ce chapitre met en évidence la diversification des régimes de mortalité africains durant les dernières décennies. Il souligne également la réversibilité, parfois brutale, des progrès sanitaires et rappelle enfin combien la transition sanitaire africaine est entourée d'incertitudes.

3. Variables démographiques et développement : le cas de l'éducation et de la santé en Afrique

Philippe Hugon

Il existe un consensus de la communauté internationale sur le rôle déterminant de l'éducation et de la santé dans le processus de développement et de maîtrise des variables démographiques. Or il y a peu de domaines où les enjeux soient aussi conflictuels que dans l'éducation et la santé. Les variables démographiques jouent, à côté des variables sociales, économiques, politiques et culturelles, un rôle central pour expliquer les dynamiques des systèmes éducatifs et des systèmes de santé. Ceux-ci, inversement, rétroagissent sur les variables démographiques. Ces interdépendances peuvent conduire selon les cas à des cercles vertueux ou à des « trappes à pauvreté ou à sous-développement ». Ce chapitre présente ainsi les effets réciproques des variables démographiques sur les systèmes scolaires et de santé africains, avant d'analyser les interdépendances qui se nouent entre démographie, éducation et santé, puis les relations plus larges entre démographie et développement durable.

4. La demande d'enfants en Afrique subsaharienne

Patrice Vimard et Raïmi Fassassi

Ce chapitre étudie la demande d'enfants en Afrique subsaharienne afin de mieux comprendre les fondements de sa forte fécondité. Les auteurs présentent tout d'abord le rôle dévolu à la notion de demande d'enfants dans les différentes formulations de la théorie de la transition démographique, avant de montrer la spécificité de l'Afrique au sud du Sahara à cet égard. Après avoir mis en évidence les apports et les limites des variables utilisées pour appréhender la notion de demande d'enfants, les auteurs analysent les différences observées selon les pays de cette région ainsi que l'évolution dans le temps des indicateurs suivants : désir immédiat d'enfants, nombre idéal d'enfants souhaités, indice synthétique de fécondité désirée. Cette variation se constate tant chez les hommes que chez les femmes. La mise en relation de la demande d'enfants et du niveau de fécondité montre que les femmes ont, en général, davantage d'enfants qu'elles n'en souhaitent, alors que le contraire est observé chez les hommes. L'approche rétrospective, menée sur la Côte d'Ivoire, le Kenya et le Niger, permet de constater que la transition de la fécondité débute par une baisse de la demande d'enfants, avant de se poursuivre par une diminution de la fécondité non désirée. Le modèle logistique multinomial, appliqué aux mêmes pays, met en évidence l'âge, l'instruction, la disponibilité des sources de planification familiale et le niveau de vie comme facteurs communs de la demande d'enfants. Au terme de cette analyse, les auteurs proposent, sur la base d'un cadre global d'analyse de l'évolution de la fécondité, quelques priorités de recherche pour mieux appréhender les évolutions de la demande d'enfants et leur rôle dans celle de la fécondité.

5. Les relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud et en Afrique subsaharienne. Bilan et explications

Dominique Tabutin

Ce chapitre propose un aperçu des relations entre pauvreté et fécondité dans les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne. Après un rappel du caractère multidimensionnel du concept de pauvreté, il présente les tendances variables de la pauvreté dans les diverses régions du monde, puis donne un aperçu de l'évolution de la littérature scientifique sur les relations pauvreté-fécondité depuis les années 1970. Il s'attache ensuite à l'analyse de l'effet du niveau de vie sur la fécondité et ses variables intermédiaires (contraception, âge au mariage) en Afrique subsaharienne, région globalement la plus pauvre du monde et la moins engagée dans le processus de transition démographique. Le niveau de vie

y est dans l'ensemble un déterminant majeur du nombre d'enfants, même si son rôle varie d'un pays à un autre ou d'une période à une autre (des années 1980 aux années 1990). Ces inégalités de fécondité entre groupes socio-économiques sont liées aux différences en matière d'âge au mariage (plus précoce chez les pauvres), de mortalité des enfants (nettement plus élevée parmi ceux-ci) et de contraception (très faible), mais aussi à une demande d'enfants toujours très forte parmi les populations les plus déshéritées.

6. Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne

Gervais Beninguisse

Les comportements sexuels et reproductifs des jeunes, notamment dans la période prémaritale, sont au centre des politiques et programmes de population et de santé des États africains. Ce chapitre commence par un état des lieux pour dégager ensuite quelques perspectives de recherche et met en évidence deux résultats principaux. Le premier montre que l'étude de la sexualité et de la procréation prémaritales des jeunes se heurte à un problème d'absence de données adéquates. Les enquêtes démographiques et de santé, qui constituent la principale source de données disponibles, abordent le sujet de manière très imparfaite. En effet, l'approche transversale qui les caractérise ne permet pas d'étudier ces comportements de manière représentative dans la période prémaritale. Les indicateurs qui en découlent ne rendent pas compte de leurs fondements sociaux dans toute leur complexité et leur profondeur. Les enquêtes de type biographique seraient à privilégier parce qu'elles permettent de lier l'évolution de ces phénomènes aux mutations sociales qui les accompagnent. Le deuxième résultat montre une évolution sensible du contexte social de la sexualité et de la procréation prémaritales. À côté des modèles traditionnels, dont l'encadrement était essentiellement assuré par la culture et les institutions sociales, de nouveaux modèles dits modernes ont fait leur apparition. Ils se caractérisent par l'émergence des écoles, des pairs et des médias dans un contexte de pauvreté grandissante, qui induisent un relâchement des mécanismes traditionnels de contrôle, l'allongement de la période prémaritale et le recours aux rapports sexuels rétribués et aux avortements non sécurisés. Deux perspectives de recherche ont été identifiées pour aider à mieux répondre aux besoins spécifiques des jeunes : l'évaluation de l'impact comparatif de la double protection contraceptive et anti-infectieuse du préservatif, d'une part, et la problématique du recours des jeunes aux avortements non sécurisés, d'autre part.

7. Synthèse. Entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne

Patrice Vimard

S'appuyant sur l'ensemble des contributions de l'ouvrage, ce chapitre de synthèse vise tout d'abord à présenter les principaux liens entre les questions de population, en incluant la santé de la reproduction, et la croissance économique, en considérant les relations qui peuvent exister entre les dynamiques démographiques et les sphères qui participent du développement social : économie, santé, éducation, etc. Les grandes caractéristiques de l'évolution démo-économique de l'Afrique subsaharienne sont soulignées dans cette synthèse, afin de mieux en situer les enjeux politiques : entrée tardive dans le mouvement de transition démographique ; faible développement économique et social ; diversification des régimes démographiques, des systèmes politiques et des économies ; accroissement des inégalités sociales et spatiales à l'intérieur des pays ; réversibilité de certains progrès, dramatique en matière de mortalité et de santé adulte ou infanto-juvénile, avec le Sida, les conflits et la pauvreté. Cette synthèse met également en évidence les priorités d'action en matière d'éducation, de lutte contre la mortalité, d'accès équitable aux services de santé et de santé de la reproduction, y compris pour les jeunes, qui devraient permettre d'impulser de nouveaux changements porteurs de progrès et d'amélioration des conditions de vie. Elle présente enfin les priorités de recherche qui se dégagent des différentes contributions afin d'éclairer la définition et la mise en œuvre des politiques et des stratégies d'action pour infléchir de manière significative le développement de l'Afrique.

ÉDITIONS KARTHALA

Collection *Méridiens*

Les Açores, *Christian Rudel*
L'Afrique du Sud, *Georges Lory*
L'Argentine, *Odina Sturzenegger-Benoist*
L'Azerbaïdjan, *Antoine Constant*
Le Bénin, *Philippe David*
La Biélorussie, *Philippe Marchesin*
La Bolivie, *Christian Rudel*
Le Botswana, *Marie Lory*
Le Burkina Faso, *Frédéric Lejeal*
Le Cambodge, *Soizick Crochet*
Le Congo-Kinshasa, *A. Malu-Malu*
Le Costa Rica, *Christian Rudel*
La Côte d'Ivoire, *Philippe David*
Cuba, *Maryse Roux*
Djibouti, *André Laudouze*
Les Émirats arabes unis, *Frauke Heard-Bey*
L'Équateur, *Christian Rudel*
Exclusion et politique à São Paulo, *Olivier Dabène*
L'Estonie, *S. Champonnois et F. de Labriolle*
Le Ghana, *Patrick Puy-Denis*
Hawaïi, *Alain Ricard*
L'Indonésie, *Robert Aarsse*
L'Irak, *Pierre Pinta*
La Libye, *Pierre Pinta*
Malte, *Marie Lory*
La Mauritanie, *Muriel Devey*
Mayotte, *Guy Fontaine*
Le Mexique, *Christian Rudel*
La Mongolie, *Jacqueline Thevenet*
Le Mozambique, *Daniel Jouanneau*
La Nouvelle-Calédonie, *Antonio Ralluy*
Le Portugal, *Christian Rudel*
La Roumanie, *Mihai E. Serban*
Les Seychelles, *Jean-Louis Guébourg*
Le Sultanat d'Oman, *Bruno Le Cour Grandmaison*
La Tunisie, *Ezzedine Mestiri*
La Turquie, *Jane Hervé*
Le Vietnam, *Joël Luguern*

Collection *Recherches internationales*

A la recherche de la démocratie, *Javier Santiso (dir.)*
Après la crise... Les économies asiatiques face aux défis de la
mondialisation, *J.-M. Bouissou, D. Hochraich et Ch. Milelli (dir.)*
Architecture, pouvoir et dissidence au Cameroun, *D. Malaquais*
Aux origines du nationalisme albanais, *Nathalie Clayer*
Chine vers l'économie de marché (La), *Antoine Kernen*
Condition chinoise (La), *Jean-Louis Rocca*
Contenus et limites de la gouvernance, *Guy Hermet (dir.)*
Démocratie à pas de caméléon (La), *Richard Banégas*
Démocratie et fédéralisme au Mexique (1989-2000), *Magali Modoux*
État colonial, noblesse et nationalisme à Java, *Romain Bertrand*
Gouvernance (La), *Guy Hermet*
Guerre civile en Algérie (La), *Luis Martinez*
Guerres et sociétés. États et violence après la Guerre froide,
Pierre Hassner et Roland Marchal (éds)
Indonésie : la démocratie invisible, *Romain Bertrand*
Mafia, justice et politique en Italie, *Jean-Louis Briquet*
Matière à politique, *Jean-François Bayart*
Penser avec Michel Foucault, *Marie-Christine Granjon*
Politique des favelas (La), *Camille Goirand*
Politique de Babel (La), *Denis Lacorne et Tony Judt (éds)*
Privatisation des États (La), *Béatrice Hibou*
Révolution afghane. Des communistes aux Taleban, *G. Dorronsoro*
Sur la piste des OPNI (objets politiques non identifiés), *D. Martin (éd.)*
Trajectoires chinoises. Taiwan, Hong Kong et Pékin, *F. Mengin*

Achévé d'imprimer en novembre 2007
sur les presses de la Nouvelle Imprimerie Laballery
58500 Clamecy
Dépôt légal : novembre 2007
Numéro d'impression : 711057

Imprimé en France

L'AFRIQUE FACE À SES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES

Un avenir incertain

Sous la direction de Benoît Ferry

Dans le contexte actuel de mondialisation, l'Afrique souffre de marginalisation politique et économique. Pourtant, les Africains sont de plus en plus nombreux. La population du continent va presque doubler dans les quarante ans qui viennent, passant de 750 millions de personnes en 2006 à 1,4 milliard en 2040.

En raison de la jeunesse de sa population, du rythme de sa croissance et de sa transition démographique tardive et limitée, l'Afrique subsaharienne est d'ores et déjà confrontée aux défis de sa démographie et s'interroge sur son avenir. Existe-t-il une exception démographique africaine ou s'agit-il simplement d'un décalage dans le temps ? Le développement tant attendu ne sera-t-il pas compromis par le poids de l'inertie démographique ? Quels sont les politiques et les actions qui permettraient d'accélérer les processus en cours ?

Pour mieux définir ses stratégies, l'Agence française de développement (AFD) a chargé le Centre Population et Développement (CEPED) d'examiner toutes ces questions en proposant à des chercheurs spécialisés d'évaluer les enjeux démographiques du développement durable en Afrique. Cet ouvrage rassemble leurs synthèses et tente de façon innovante d'en présenter les conclusions les plus pertinentes au monde politique. Cette démarche entend rapprocher les points de vue des scientifiques et ceux des décideurs et des acteurs de terrain. Elle s'inscrit dans un contexte international qui privilégie à nouveau les questions démographiques pour les replacer au centre des analyses sur le développement après une longue période de jachère dans ce domaine.

Les auteurs montrent clairement que pour infléchir les tendances lourdes et permettre un développement durable, il est plus que jamais nécessaire d'engager des actions décisives à court terme sur les leviers les plus opérationnels pour espérer des résultats significatifs sur le long terme. Ces mesures portent sur la planification familiale, sur les migrations, l'éducation et la santé. Les auteurs analysent ces phénomènes de façon comparative en fournissant les données les plus récentes. Ils identifient les actions prioritaires et urgentes, et suggèrent de nouvelles pistes pour la recherche.

