



Les populations de l'Afrique au sud du Sahara

Un important ouvrage collectif (a) dresse une synthèse des connaissances sur les problèmes démographiques de l'Afrique noire. Le texte suivant est extrait et adapté de la présentation générale du volume.

L'histoire démographique de l'Afrique demeure mal connue. Le climat a toujours eu une importance considérable : pour le seul Angola occidental, ont été repérées quelque 170 périodes de sécheresse et d'épidémie entre 1550 et 1830. Au XIX^e siècle, la décennie 1820, le début des années 1830 et toute la deuxième moitié du siècle furent particulièrement difficiles. L'introduction en Afrique de plantes nouvelles (le manioc, puis le maïs et le haricot et enfin le riz) eut au contraire un effet positif sur la croissance démographique.

Quelle fut l'importance des traites négrières ? La traite saharienne vers le monde méditerranéen date de l'Antiquité, et fut la plus durable, avec un trafic total estimé à environ 9 millions de personnes. Plus concentrée dans le temps et surtout plus massive, la traite atlantique aurait concerné environ 12 millions d'individus entre 1450 et 1900. La traite dans l'Océan Indien fut quantitativement moins importante que les autres, dans les 5 millions de personnes, mais ses conséquences furent graves en Afrique de l'Est. Au total, du XV^e à la fin du XIX^e siècle, ce trafic humain aurait porté sur au moins 25 millions de personnes.

La préférence donnée aux jeunes adultes mâles entraînait un déséquilibre entre hommes et femmes dans les villages, et sans doute une moindre fécondité. Du moins, partout où la traite a sévi, les structures et comportements démographiques s'en trouvèrent certainement modifiés.

On peut distinguer depuis 1850 (Catherine Coquery-Vidrovitch) :

— une *période précoloniale* (de 1850 à 1880) de

légère croissance démographique, mais entrecoupée d'accidents (sécheresses, famines, épidémies),
— une *première période coloniale* (1890-1920) qui semble en revanche une période de régression démographique, liée à la diffusion de maladies jusqu'alors localisées ou même inconnues,
— et enfin une *période de reprise démographique* depuis 1920 ou 1930.

L'importance relative de l'Afrique, qui avait diminué, augmente à nouveau.

Croissance démographique depuis 1950

« L'Afrique de cette fin du XX^e siècle recèle un potentiel de croissance démographique sans précédent dans l'histoire de l'homme, ni équivalent contemporain sur d'autres continents » (Ph. Fargues). En quelques décennies, et sauf catastrophe imprévisible (Sida), l'Afrique au sud du Sahara passera de 450 millions d'habitants en 1985 à plus de 1,4 milliard en 2025, de 7 % de la population mondiale en 1950 à quelque 17 % en 2025.

L'équilibre ancien entre une natalité et une mortalité élevées, dont il résultait une croissance fai-

(a) « *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara* » sous la direction de Dominique Tabutin. Ont collaboré à cet ouvrage : Eliwo AKOTO, Ahmed BAHRI, Joseph CHAMIE, Catherine COQUERY-VIDROVITCH, Philippe FARGUES, Joël GREGORY, Allan HILL, Georgia KAUFMANN, Ron LESTHAEGHE, Thérèse LOCOH, Dominique MEEKERS, Christine OPPONG, Kasa Asila PANGU, Gilles PISON, Ian POOL, André QUESNEL, Mpembele SALA-DIAKANDA, Ronny SCHOENMAECKERS, Dominique TABUTIN, Francine VAN DE WALLE, Etienne VAN DE WALLE, Wim VAN LERBERGHE, Dominique WALTISPERGER. Editions l'Harmattan, Paris, 1988. 552 pages, bibliographie, index.

ble, est désormais rompu : la mortalité a sensiblement baissé en Afrique depuis les années 1950, mais contrairement à ce qui s'est passé dans d'autres régions du monde, la natalité n'a pas bougé. Résultat arithmétique : le rythme de croissance des populations africaines, dans leur ensemble, a fortement augmenté.

Cet accroissement démographique est non seulement très élevé (3 % par an en 1980-85, soit un doublement de la population tous les 23 ans), mais il aura encore tendance à s'accélérer pendant une quinzaine d'années.

Première conséquence bien connue, la grande jeunesse des populations : 46 % des habitants ont moins de 15 ans et 2,8 % seulement, plus de 65 ans. Et la période de rajeunissement démographique durera tant que la natalité se maintiendra. On imagine l'ampleur des efforts à fournir en matière de *scolarisation*.

Migrations et urbanisation

A partir de 1945 s'intensifient les migrations spontanées et l'urbanisation : développement de grandes villes comme Dakar, Accra, Lagos, Nairobi, Léopoldville (Kinshasa)..., besoins de main-d'œuvre des plantations de Côte d'Ivoire, de Tanzanie ou du Kenya, extension des industries minières au Shaba ou en Afrique du Sud. Tous ces mouvements s'intensifient après les indépendances des années 1960 : par exemple, du Sahel vers les régions côtières et notamment la Côte d'Ivoire ; du Mozambique, du Malawi, du Lesotho et du Botswana vers l'Afrique du sud et le Zimbabwe d'aujourd'hui ; des pays environnants vers le Gabon et le Cameroun.

Ces migrations entre pays se doublent d'importantes migrations intercontinentales : du Cap Vert vers les Etats-Unis, du Mali, de Mauritanie et du Sénégal vers la France, de l'Afrique de l'est anglophone vers le Royaume-Uni. Ajoutons le drame des réfugiés, d'Ethiopie vers la Somalie et le Soudan, du Tchad vers le Cameroun, le Nigéria ou la Centrafrique, d'Angola vers le Zaïre...

L'Afrique demeure l'une des régions du monde les moins urbanisées, mais le taux de croissance des villes y est maintenant très rapide : des taux de 7 à 10 % de croissance annuelle y sont fréquents. En 2000, il y aura en Afrique dix fois plus de citadins que vers 1950.

La fécondité la plus élevée du monde

L'Afrique au sud du Sahara présente une situation homogène : dans presque tous les pays, la fécondité dépasse 6 enfants par femme, alors qu'en Amérique Latine et en Asie elle va, selon les pays, de 3 à 7. Entre nations, le nombre d'enfants par femme va de 6 à 8,3, mais la variation est bien supérieure entre régions, ethnies ou groupes sociaux.

Diverses normes, par exemple en matière d'espacement entre naissances (allaitement, tabous

sexuels...), sont sans doute quasi universelles sur le continent, mais les pratiques peuvent énormément varier selon les structures sociales et familiales, selon les religions, ou selon l'ouverture à l'idéologie occidentale.

En Afrique sub-saharienne, les femmes se marient jeunes et ont rapidement un premier enfant. Elles pratiquent un espacement assez long entre naissances, grâce à l'allaitement (1) et aux tabous post-partum, et elles ne cessent de procréer qu'en atteignant la ménopause. La contraception d'espacement ou d'arrêt des naissances y est encore faiblement pratiquée. Dès lors, la fécondité y est élevée.

De l'espacement des naissances à la contraception

« En Afrique au sud du Sahara, peut-être plus que n'importe où ailleurs, les femmes ont une conception claire de l'espacement normal entre les naissances... La durée de l'espacement idéal varie bien entendu, entre 2 et 5 ans, selon l'âge, la parité, les coutumes locales et parfois les goûts personnels. Mais l'opinion publique approuve universellement l'idée d'un intervalle raisonnable, ni trop court, ni trop long » (E. et F. Van de Walle). Un espacement assez long entre naissances est considéré partout comme un moyen pour assurer la santé de la mère et de son nourrisson et pour maintenir un équilibre entre les deux fonctions de la femme, la procréation et la production agricole. C'est une norme socialement contrôlée et qu'il vaut mieux ne pas enfreindre.

L'absence de relations sexuelles après une naissance est très répandue en Afrique, mais sa durée varie énormément selon les pays et les ethnies ; aux extrêmes on a, d'un côté, le Rwanda (quelques semaines) et le Kenya (4,1 mois en moyenne) ; de l'autre, le Bénin et le Lesotho (18 mois en moyenne) (2). Les durées les plus longues se rencontrent plutôt en Afrique occidentale et centrale, les durées les plus courtes en Afrique de l'Est. Si ce tabou est, dans l'ensemble, toujours respecté, sa durée tend à diminuer avec l'urbanisation, l'instruction, et aussi l'islamisation (3).

Le rôle de l'allaitement est, sans doute, plus important encore : il est intensif, prolongé (de 17 à 22 mois en moyenne, selon les pays) et partout pratiqué, pour assurer le bien-être et la survie de l'enfant. En ce sens, la diminution des durées d'allaitement, constatée ici ou là, est un problème majeur de santé pour les enfants de demain, le raccourcissement des intervalles entre

(1) Plus il est long, plus tardive est la reprise de l'ovulation de la femme et donc plus grande est la période de « protection » de la mère.

(2) Chez les Yoruba du Nigéria, on va même jusque vers 3 ans. C'est sans doute le record de durée.

(3) Dans la loi coranique, la règle d'abstinence n'est que de 40 nuits, et il semble bien que partout où l'Islam pénètre en Afrique, on observe un déclin de ce long tabou traditionnel. C'est le cas dans les pays du Sahel.

naissances se traduisent par une augmentation de la fécondité.

Le problème est d'autant plus important que la contraception moderne en est encore à ses débuts. Ce n'est pas toujours faute de connaissances : au Kenya, 91 % des femmes connaissent une méthode moderne, mais 5 % seulement l'utilisent. Un peu partout, il y a une forte opposition populaire. Les choses changent un peu, notamment dans les villes et parmi les jeunes, mais plutôt lentement.

En revanche, les pratiques contraceptives traditionnelles, depuis longtemps connues dans le continent, demeurent très vivantes.

Forte stérilité dans certaines populations

Un paradoxe : tout en détenant, dans son ensemble le record mondial de fécondité, l'Afrique au sud du Sahara détient aussi celui de la stérilité. Cela ne concerne pas, loin s'en faut, l'ensemble de la région, mais certaines zones et ethnies bien circonscrites, où on trouve relativement beaucoup de femmes sans enfant. Chez tous les groupes Mongo au Zaïre, chez les Douala, les Haoussa, les Ewondo et les Peul au Cameroun, ou encore les Nzakara en Centrafrique de 10 à 20 % des jeunes femmes ne peuvent avoir d'enfants. Cela est un drame, pour ces sociétés comme pour les couples. On en imagine aisément les conséquences en termes de frustration, résignation, instabilité des mariages, dislocation des ménages.

Bien circonscrit, ce phénomène a des limites ethniques bien définies : l'ethnocentrisme et l'endogamie auraient constitué des obstacles majeurs à une diffusion plus large du fléau, indication peut-être utile pour l'extension actuelle du Sida. Il a atteint sa gravité maximale dans les années 1940 et 1950 et a régressé depuis, grâce notamment à la lutte anti-vénérienne menée par les autorités coloniales dans les années 1950 en Haute-Volta, au Cameroun et au Zaïre. Mais quoique moins important aujourd'hui qu'hier, le problème est toujours latent et menaçant dans certaines ethnies, avec ses conséquences psychologiques, sociales et économiques.

Le mariage, institution universelle, aux multiples visages

L'Afrique est loin d'être homogène en matière de nuptialité. Tandis que les femmes se marient autour de 17 ans au Sahel et dans les savanes de l'Ouest et du Centre, elles se marient un peu plus tard, autour de 19 ans, le long de la côte Atlantique, ou en Afrique de l'Est. De même, les différences d'âge entre époux varient largement, de 3 à 11 années en moyenne selon les régions. Enfin la polygamie est inégalement présente en Afrique de l'Ouest plus qu'en Afrique de l'Est ou australe. Un trait commun : on se marie au moins une fois, à de rares exceptions près.

Mais l'âge au premier mariage des hommes et des femmes s'est partout élevé au cours des quinze dernières années, et l'écart d'âge entre époux s'est maintenu dans l'ensemble. En revanche, on constate une relative stabilité de la polygamie.

L'instabilité du mariage est grande en Afrique sud-saharienne, en raison du divorce et du veuvage : selon les pays, de 30 à 50 % des femmes mariées se retrouvent veuves ou divorcées de leur premier mariage avant l'âge de 50 ans. Là aussi, grande diversité régionale : par exemple, on divorce presque deux fois plus au Ghana et au Sénégal qu'au Kenya ou au Lesotho, mais on s'y remarie beaucoup plus.

En définitive, et contrairement à ce qui a été dit il y a quelques décennies, « *loin d'adopter le système de mariage européen, les systèmes africains de nuptialité semblent toujours aussi robustes, s'adaptant simplement au changement social et aux difficultés économiques croissantes* » (G. Kaufmann et autres).

La polygamie toujours importante

La polygamie est fréquente dans certaines populations africaines ; parfois, plus de 50 % des femmes mariées sont dans cette situation. Elle suppose :

— une différence d'âge au premier mariage importante entre hommes et femmes (celles-ci étant plus nombreuses que ceux-ci sur le marché matrimonial) ;

— un remariage rapide et important des femmes, après veuvage ou divorce. L'émigration et la surmortalité masculine renforcent encore la supériorité numérique des femmes.

La polygamie a énergiquement résisté aux missionnaires, aux colonisateurs, puis aux législations des Etats africains indépendants. Cette stabilité est celle des structures anthropologiques dont font partie les systèmes matrimoniaux. Une brusque évolution en ce domaine bouleverserait totalement le « *marché matrimonial* » des sociétés polygames.

Femmes et familles

Non seulement l'Afrique a, dans son ensemble, les taux de scolarisation les plus bas du monde, mais les inégalités entre garçons et filles y sont importantes, et ont, semble-t-il, tendance à augmenter. Autrement dit, les filles profitent beaucoup moins que les garçons des progrès réalisés... Elles quittent assez vite l'école pour s'occuper de la fratrie, travailler à la maison, aux champs ou dans le petit commerce, puis pour se marier et avoir leurs premiers enfants.

Mariage, enfants, mais aussi travail : en Afrique Noire, plus de 50 millions de femmes, soit le tiers de la population active, exercent une activité économique, agricole ou à l'intérieur du ménage. Mais les secteurs modernes demeurent surtout masculins, encore que, du fait de la crise, le nom-

bre d'emplois n'y augmente guère ces dernières années.

En milieu rural, c'est une autre affaire : presque toutes les femmes participent, d'une façon ou d'une autre, à la production agricole et à son commerce. La participation féminine dans l'agriculture aurait même tendance à augmenter. Et les femmes assurent pratiquement la totalité de la préparation des repas, de la recherche du bois et de l'eau, qui ici ou là exige un temps et une énergie considérables, des soins aux enfants...

Il n'y a pas « *rejet systématique ou abandon radical de la vie familiale traditionnelle, mais restructuration et adaptation à des réalités nouvelles* » (Th. Locoh). La meilleure compréhension des solidarités familiales africaines, en particulier celles qui s'établissent entre la ville et la campagne, pourrait servir à résoudre la crise de l'Etat-Providence occidental.

Des progrès sanitaires plus lents que prévu

En Afrique sub-saharienne, comme partout dans le monde, la mortalité a sensiblement baissé au cours des trente dernières années : la vie moyenne des Africains est passée de quelque 36 ans vers 1950 à 50 ans aujourd'hui, tandis qu'en Asie elle passait de 45 ans à 59 ans et en Amérique Latine de 52 à 66 ans. Mais l'Afrique reste la plus défavorisée dans le monde, et garde son retard sur l'Asie.

Loin de s'estomper, les inégalités entre régions ou entre pays, qui ont sans doute toujours existé, ont plutôt tendance à s'accroître.

La mortalité entre 1 et 5 ans est nettement supérieure à ce que l'on constate autre part. Les grandes causes de mortalité n'ont pas fondamentalement changé au cours des deux ou trois dernières décennies, et on retrouve toujours les maladies diarrhéiques, la rougeole, les infections respiratoires aiguës, le tétanos, le paludisme toujours présent... tout cela sur fond d'une malnutrition croissante.

La survie des enfants : une situation très préoccupante

C'est en Afrique sub-saharienne que les enfants meurent le plus : un sur huit ou neuf disparaît avant son premier anniversaire ; un sur cinq ou six n'atteint pas ses cinq ans. Cette moyenne pour l'ensemble du sous-continent cache bien des disparités. La mortalité infantile des campagnes est deux à trois fois plus élevée que celle des capitales. Les classes sociales urbaines privilégiées ont une mortalité infantile sept à huit fois plus basse que les paysans... Ces inégalités ont tendance à s'accroître.

Un âge précoce à la première naissance, un âge avancé à la dernière, un intervalle assez court

entre deux naissances et donc une fécondité élevée augmentent sensiblement les risques de mortalité des enfants. En ce sens, une politique d'espacement ou de limitation des naissances ne peut avoir qu'un effet positif sur la survie des enfants. Un facteur important bien connu est l'allaitement au sein, qui protège et augmente la résistance de l'enfant, et qui, heureusement, est très pratiqué. La prématurité et le faible poids à la naissance sont deux grands facteurs de risque, pendant les premiers mois de vie. Ils sont liés au mauvais état nutritionnel des mères, à leurs nombreuses activités pendant la grossesse et au manque de consultations et de surveillance prénatales. En ces matières, bien des progrès restent à faire.

Des problèmes gigantesques

Après l'indépendance, la politique sanitaire est d'abord restée la même : développement de grands hôpitaux urbains fort coûteux, et extension du réseau sanitaire rural, sans priorité financière. Une révision totale a défini une nouvelle stratégie, dite des « *soins de santé primaires* », débattue à la fameuse conférence d'Alma Ata en 1978. Rompant radicalement avec le modèle urbain et hospitalier classique, cette méthode veut intégrer santé et développement, reconnaît une priorité au monde rural, se veut décentralisée et « *démédicalisée* », nécessite la participation active des communautés locales... Cette nouvelle option a fait l'unanimité parmi les organismes internationaux comme parmi les gouvernements, et a ranimé bien des enthousiasmes et des énergies. Dans les faits, il y a plutôt eu immobilisme ou quasi-impuissance des pouvoirs. Il n'est pas certain que la dérive récente vers des objectifs ciblés, vaccination ou réhydratation orale, résolve les problèmes de santé qui s'aggravent, et dont la multicausalité ne fait plus de doute pour personne.

La situation continue à se dégrader, et le foisonnement de projets cache mal l'impuissance des Etats africains à mettre en œuvre des politiques cohérentes, de santé, d'alimentation ou d'emploi, impuissance due à la dépendance financière, au manque de cadres nationaux, parfois à des choix politiques malheureux, souvent à une lourde bureaucratie gouvernementale, en tout cas à l'inadéquation de l'aide extérieure.

Peut-être la mobilisation planétaire que provoque la crainte du Sida conduira-t-elle à la réévaluation des méthodes de coopération économique, agronomique, épidémiologique internationale, et aura des effets finalement positifs. D'un mal, une fois de plus, pourrait sortir un bien.

Dominique TABUTIN
(Université catholique de Louvain)
et Michel Louis LÉVY