

La fécondité en Afrique noire

Plus que pour la mortalité, encore mal connue, des progrès notables ont été accomplis ces vingt dernières années dans l'étude de la fécondité en Afrique noire (1). En particulier les enquêtes nationales réalisées dans le cadre de l'*Enquête mondiale de fécondité* (EMF) commencent à apporter une importante moisson de résultats.

Le niveau d'ensemble est très élevé, entre 6 et 7 enfants par femme (France : 1,8). Le taux de natalité est de l'ordre de 45 p. 1 000 (13,8). Dans de nombreux pays, la fécondité dépasse 6,5 enfants par femme : c'est le cas, en Afrique de l'Ouest, du Bénin, du Burkina Faso (Haute-Volta), de la Guinée, du Mali, du Niger, du Togo ; en Afrique de l'Est, du Kenya, du Malawi, de l'Ouganda, du Rwanda, de la Zambie, du Zimbabwe. En Afrique centrale, la fécondité est nettement moins élevée : en République centrafricaine, au Cameroun, au Congo, au Gabon, au Tchad, elle n'atteint qu'environ 5 enfants par femme. Cette moindre fécondité est liée à la présence endémique de maladies stérilisantes, d'une ampleur suffisante pour retentir sur les indices nationaux. Mais même dans les pays à forte fécondité, il existe des zones d'infécondité parfois importantes.

A ces niveaux de fécondité correspond un large étalement des naissances tout au long de la vie féconde. Les femmes africaines se marient jeunes, restent longtemps en état de mariage ; celles dont l'union est rompue se remarient sans délai ; elles ne pratiquent, dans leur immense majorité, aucune limitation des naissances. Les taux de fécondité passent certes par des maxima entre 25 et 30 ans, pouvant atteindre (Rwanda) 370 p. 1 000 (France : 161), et décroissent ensuite avec l'âge, mais entre 40 et

50 ans on observe encore un nombre non négligeable de naissances : 6 à 10 % (1,5 %).

Ces niveaux de fécondité, parmi les plus élevés du monde, n'atteignent pourtant pas les valeurs, de l'ordre de 15 naissances par femme, qu'on pourrait attendre, vu l'âge et l'universalité du mariage. C'est que les naissances sont espacées d'environ trois ans en moyenne, sous l'influence de deux facteurs principaux : l'allaitement prolongé et « l'abstinence post-partum », suspension des rapports conjugaux pendant la période d'allaitement.

1. Le mariage et les coutumes matrimoniales

Partout en Afrique, les femmes se marient jeunes. La plupart contractent leur première union avant vingt ans, et l'âge moyen au premier mariage varie de 16,3 ans (Guinée) à 20,8 ans (Burundi). Les formes d'entrée en union sont diverses, très ritualisées dans certaines sociétés, peu formalisées dans d'autres. Mais dès 25 ans, toutes les femmes ou presque, sauf dans les grandes villes, sont en union.

Mariées jeunes, les femmes courent un risque de veuvage plus élevé que dans les populations de moindre mortalité, d'autant que la différence d'âge entre époux est importante : un écart moyen de 6 à 7 ans est courant. Par ailleurs, les dissolutions d'union, au moins dans certains pays, sont relativement fréquentes. Mais la pratique sociale favorise le remariage et souvent le remariage rapide. Au Sénégal, par exemple (EMF), 89 % des femmes dont la première union a été rompue se sont remariées. Les divorces et remariages sont assez souvent liés à des problèmes d'infécondité.

La polygamie est une composante essentielle de la nuptialité en Afrique noire. Le nombre moyen d'épouses par homme marié va, à 50-59 ans, de 1,09 (au Rwanda) à 1,91 (en Guinée). A-t-elle un effet sur la fécondité ? La descendance d'une femme est certes d'autant plus faible que le nombre de ses « co-épouses » est élevé. Mais ceci cache le lien entre l'infécondité (ou la sous-fécondité) et la propension de

(1) Gilles Pison, « Dynamique d'une population traditionnelle : les Peul Bandé (Sénégal oriental) », *Travaux et Documents*, INED (diffusion PUF), cahier 99, 1982, 278 p.

Thérèse Locoh, « Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo méridional contemporain », cahier 107, 1984, 182 pages. Le volume : 45 F.

Rappelons également le cahier 87 dans la même collection : « Causes de l'infécondité dans la Volta noire » par Anne Retel-Laurentin, cahier 87, 1979, 100 pages, 30 F.

l'époux à la polygamie. En fait, même si la polygamie a un effet légèrement négatif sur la fécondité des intéressées, ce régime matrimonial a pour effet général d'augmenter la fécondité collective : c'est qu'il maximise la probabilité pour les femmes de vivre en état de mariage, alors que le régime monogamique pose des problèmes d'adaptation des effectifs d'hommes et de femmes en présence.

La précocité du premier mariage, les modalités de remariage et la polygamie conduisent donc les femmes à concevoir de nombreux enfants tout au long de leur vie féconde. Celle-ci commence, dans bien des sociétés, avant la conclusion formelle d'une première union, les conceptions pré-nuptiales étant acceptées, voire encouragées, comme preuve de fécondabilité.

Nous ne disposons que de très peu de données pour apprécier l'évolution récente de la nuptialité. Plusieurs pays ont adopté des codes de la famille visant à restreindre (Togo, Sénégal) ou à supprimer (Côte-d'Ivoire) la pratique de la polygamie. A long terme, ces législations nouvelles auront peut-être prise sur une pratique sociale qui semble actuellement assez stable. Dans les villes, une baisse est décelable. Le seul changement qui paraisse relativement clair est l'élévation de l'âge des femmes à l'entrée en union, sous l'effet de l'urbanisation et de la scolarisation. Cette évolution contribue, toutes choses égales d'ailleurs, à la diminution de la descendance moyenne.

2. L'espacement des naissances

La valorisation, par la société, et le souhait, par les parents, d'une nombreuse descendance n'empêche pas l'observation d'un certain nombre d'interdits et de règles, afin que les enfants ne naissent pas trop rapprochés : un espacement de trois ans est considéré comme un minimum, et il est en général atteint.

L'abstinence post-partum est en honneur dans beaucoup d'ethnies. Cette pratique représente un élément important des attitudes africaines à l'égard de la fécondité : le but à atteindre est de faire *survivre* le plus grand nombre d'enfants possible ; des grossesses trop rapprochées compromettraient la poursuite de l'allaitement de l'enfant déjà né, et donc son équilibre nutritionnel, car l'alimentation au sevrage est souvent pauvre et déséquilibrée.

Pourtant l'abstinence n'est l'élément déterminant de l'espacement des naissances que si elle est de durée suffisamment longue pour excéder la période d'*aménorrhée* (absence de règles), elle-même sous la dépendance de l'allaitement, du fait de l'effet inhibiteur des hormones secrétées pendant la lactation ; cet effet est d'autant plus durable que l'allaitement est pratiqué de façon intense et continue (nuit et jour).

Quand l'allaitement et l'abstinence post-partum sont délaissés par une partie, plus « évoluée », de la population, on observe un *rapprochement* des naissances successives, sauf si une contraception efficace vient prendre le relais de ces facteurs traditionnels d'espacement.

3. La contraception moderne et la limitation des naissances

En dépit des efforts d'associations privées, et quelquefois gouvernementales, pour diffuser les techniques modernes de planification familiale, les progrès en Afrique sont modestes.

Dans la plupart des pays d'Afrique noire, très peu de femmes ont recours à la contraception. En milieu rural, à l'absence d'infrastructure administrative et sanitaire s'ajoute, dans la plupart des cas, l'absence de motivation des femmes à l'égard de cette méthode d'espacement des naissances. Dans beaucoup de pays, seules les villes permettent la diffusion des informations et l'accès à des consultations contraceptives. Là seulement on voit progresser la pratique contraceptive parmi les femmes jeunes (25-35 ans) ayant un niveau élevé d'instruction.

Quant à la limitation des naissances et à l'usage de la contraception d'arrêt, elle n'est le fait que de quelques « pionnières ». Peu pratiquée, elle n'existe que sous la forme de l'abstinence terminale, recommandée aux femmes qui deviennent grand-mères. Ces comportements sont toutefois l'exception. L'idée de limitation de la descendance est étrangère aux idéaux de la famille africaine. Les organisations œuvrant en faveur de la planification familiale en Afrique noire développent essentiellement les thèmes favorables à l'espacement des naissances. Le désir de clore une carrière maternelle souvent bien remplie est néanmoins évoqué dans les réponses à certaines enquêtes.

4. L'amélioration des conditions sanitaires

L'amélioration des conditions sanitaires a deux conséquences sur la fécondité : l'une directe, en diminuant l'infécondité liée aux maladies stérilisantes, l'autre indirecte, en abaissant la mortalité infantile, ce qui agit à la fois sur l'intervalle moyen entre naissances et sur le comportement procréateur en général.

a) La lutte contre l'infécondité

Il existe en Afrique noire des zones d'infécondité relative, liée à des maladies vénériennes, principalement syphilis et blennorragies. La démonstration du rôle primordial de ces maladies dans l'infécondité africaine a été confirmée, *a contrario*, par le recul, parfois spectaculaire, des taux de stérilité dans les régions (Zaire) où ont été menées des campagnes contre les infections vénériennes.

Bien que, dans un premier temps, une lutte efficace pour l'éradication des maladies stérilisantes ait pour effet évident d'augmenter la fécondité, l'accès à de nouveaux comportements procréateurs passe nécessairement par l'action sur l'infécondité involontaire. Celle-ci est une menace constante pour les sociétés africaines. Il n'est pas de plus grande malédiction pour une femme que la stérilité ; même une infécondité relative est également source de problèmes. Traitée de sorcière dans les cas extrêmes, la femme stérile est toujours plus ou moins rejetée de la société ; dans le meilleur des cas, elle sera

considérée comme une femme « incomplète », avec un statut, social et familial, inférieur. « *La crainte de ne pas procréer rend inefficaces les pressions internes et externes visant à réduire le nombre d'enfants désiré* » [3].

b) L'abaissement de la mortalité infantile

Les intervalles entre naissances sont plus courts en cas de décès en bas âge, parce qu'il y a alors interruption de l'allaitement et de l'abstinence post-partum (ceci du fait de la volonté des parents de remplacer l'enfant disparu).

Le second effet, indirect, est plus diffus, mais non moins certain : dans toutes les sociétés où sévit une forte mortalité infantile, celle-ci est, comme l'infécondité, une menace importante sur la descendance d'une famille. Pour « garantir » les besoins de la famille, ou du clan, en enfants, il convient d'avoir suffisamment de descendants pour compenser la surmortalité. Un père de famille dont l'objectif serait d'avoir au moins deux garçons vivants au seuil de sa vieillesse (60 ans), objectif plausible dans les normes africaines, devrait avoir huit enfants, dans les conditions de mortalité élevée que l'on observe encore dans certaines régions rurales.

L'amélioration des conditions sanitaires est donc un préalable à toute inflexion des tendances à long terme de la fécondité.

Au risque de simplifier à l'extrême, on peut dire

que si les Africains ont une nombreuse descendance, ce n'est pas à « contrecœur » (par méconnaissance de moyens de la limiter) mais parce qu'ils la souhaitent.

Dans les villes et dans certaines zones de plantation, les transformations économiques et culturelles amènent une progressive remise en question de la rationalité des descendance nombreuses. Mais une fécondité élevée a été et reste, pour la majeure partie du continent, une pièce maîtresse du système d'adaptation des sociétés à leur environnement : elle répond de façon adéquate aux conditions de forte mortalité, et de faible productivité dans l'agriculture de subsistance, qui marquent si fortement la vie de 80 à 90 % des Africains.

Thérèse LOCOH

RÉFÉRENCES

- [1] Bongaerts (J.), Frank (O.), Lesthaeghe (R.). « The proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa ». *Population and development review*, vol. 10, 3, 1984.
 [2] Caldwell (J.-C.). « The role of marital sexual abstinence in determining fertility : a study of the Yoruba of Nigeria ». *Population Studies*, vol. 31, 2, 1977.
 [3] Frank (O.). « Infertility in sub-Saharan Africa : Estimates and implications ». *Population and development review*, vol. 9, 1, 1983.
 [4] Gendreau (F.). « La démographie des pays d'Afrique. Revue et synthèse ». *Population*, INED, n° 4-5, 1977.
 [5] Lesthaeghe (Ron) and Page (Hilary), éd. « Child spacing in tropical Africa : Tradition and Change », Academic Press, 1981.

ACTUALITÉ

La population de la Nouvelle-Calédonie

Beaucoup plus que les autres départements et territoires d'outre-mer, la Nouvelle-Calédonie, devenue colonie française en 1853, a été une terre d'immigration. Au XX^e siècle, celle-ci fut surtout d'origine asiatique : en 1946, on comptait 12 700 travailleurs, principalement javanais et tonkinois, dont beaucoup repartirent dans leurs pays d'origine, devenus indépendants. Ils furent remplacés par des Wallisiens et des Tahitiens. Des Français et d'autres Européens s'installèrent également à partir des années 1950. La population mélanésienne qui, entre 1906 et 1956, représentait de 50 % à 58 % de la population totale, devint alors minoritaire.

De 1968 à 1971, sous l'influence d'un « boom » du nickel, l'immigration nette atteignit près de 15 000 personnes, pour une population totale d'à peine 100 000 habitants. Depuis 1973, les soldes migratoires sont négatifs et la population tahitienne était moins nombreuse en 1983 qu'en 1976.

Le recensement d'avril 1983 fut partiellement boycotté, selon un mot d'ordre indépendantiste, notamment dans la région de Nou-

méa (1). Un dénombrement complémentaire eut lieu à Nouméa en septembre-octobre et ajouta 4 995 personnes à la population recensée, qui s'élève au total à 145 400 habitants (tableau 1), dont 127 900 dans l'île principale (la Grande Terre), 15 500 dans les îles Loyauté, et 2 000 dans les

(1) Résultats du recensement de la population des TOM - Nouvelle-Calédonie, 15 avril 1983, INSEE.

autres îles. La commune de Nouméa compte 60 000 habitants et l'agglomération 85 000.

La population recensée en 1983 était formée de 43 % de Mélanésiens, 37 % d'Européens et assimilés, et 20 % de personnes d'autres origines (tableau 2). L'appartenance ethnique est déclarée au recensement par l'intéressé sur présentation d'une liste.

Mais la population mélanésienne paraît sous-estimée, d'environ

Tableau 1. - Evolution de la population de la Nouvelle-Calédonie (en milliers)

Recensements	Mélanésiens	Européens	Autres	Total
1956	35,0	25,2	8,4	68,5
1963	41,2	33,4	12,0	86,5
1969	46,2	41,3	13,0	100,6
1976	55,6	50,8	26,9	133,2
1983	61,9	54,0	29,5	145,4

Tableau 2. - Nouvelle-Calédonie. Données démographiques, par ethnie

	Proportion 1983	Indice conjoncturel de fécondité (naissances par femme) 1982	Mariages inter-ethnies p. 100 mariages 1976-80		Proportion de chômeurs 15 ans et plus % 1983
			H	F	
Européens et assimilés	37	2,40	25	12	3,1
Indonésiens	4	1,31	34	44	3,4
Mélanésiens	43	4,51	3	12	6,8
Tahitiens	4	2,80	43	48	6,6
Vietnamiens	2	1,27	54	67	2,3
Wallisiens	8	4,04	12	22	8,1
Autres	2	2,17	50	51	4,3
Ensemble	100	3,34	20	20	5,0

4 000 personnes, si l'on se réfère à l'accroissement naturel observé de 1976 à 1982 par l'état civil. A la différence de la Polynésie, où on les appelle « demis », les métis ne forment pas une catégorie particulière et ne sont pas recensés comme tels.

Sur les 54 000 Européens, 33 300 sont nés en Nouvelle-Calédonie, soit 23 % de la population totale.

La population est dans l'ensemble très jeune : 47 % de moins de 20 ans (France 1983 : 29,6 %). Chez les Wallisiens et les Mélanésien, on compte 59 % et 52 % de moins de 20 ans (2). Les proportions de personnes âgées de 65 ans et plus sont très faibles : 5,3 % pour les Européens, 3,8 % pour les Mélanésien (France 1983 : 13 %).

La *nuptialité* est tardive. La proportion de naissances hors mariage est élevée, comme dans de nombreux pays du Pacifique, mais inégale : en 1982, 26 % chez les Wallisiens, 53 % chez les Mélanésien et 38 % chez les Européens. Les proportions de mariages entre ethnies sont les plus élevées chez les Vietnamiens, les Tahitiens, les Indonésien, les Européens puis les Wallisiens (tableau 2). Elles sont les plus faibles chez les Mélanésien (notamment pour les hommes).

L'indicateur conjoncturel de *fécondité* s'élevait à 3,91 naissances par femme en 1976-1977, 3,75 en 1981 et 3,34 en 1982. La population mélanésienne a une fécondité de 5,5 enfants par femme en 1967-1969, 5 en 1976-1977 et 1981, et 4,5 en 1982. C'est maintenant la population la plus féconde. La fécondité la plus élevée a longtemps été celle des Wallisiens : 6,6 enfants par femme en 1976-1977 ; mais seulement 4 en 1982. Le taux de *mortalité* est faible (6 pour 1 000), en raison de la jeunesse de la population, mais il dépasse 9 pour 1 000 dans le nord et dans les îles Loyauté. L'espérance de vie à la naissance, pendant la période 1977-1980, était estimée pour les Mélanésien à 59,3 ans pour les hommes et 64,4 ans pour les femmes, et la mortalité infantile à 38 pour 1 000. Malgré d'importants progrès depuis 1956, cette mortalité est encore forte, voisine de celle qu'avaient la France vers 1946, la Polynésie française au début des années 1970, nettement supérieure à celle

(2) Schéma de l'économie néo-calédonienne 1985, vol. 1, Démographie, DTSEE, Nouméa.

des autres DOM et TOM, mais proche de celle de Fidji et des Samoa occidentales. Cette mortalité doit être rapportée aux conditions de vie et d'équipement sanitaire dans les zones rurales. Le taux d'accroissement de la population mélanésienne, est de 2,5 % par an en 1976-1982 (doublement en 28 ans). La part de la population mélanésienne, même si on escompte une baisse de sa fécondité, est donc appelée à croître.

La *répartition ethnique* de la population diffère largement selon les régions. L'agglomération de Nouméa mérite seule le qualificatif de mosaïque ethnique. Les Européens y représentent 50 % de la population, et les Mélanésien 20 % ; les autres ethnies y résident dans leur quasi-totalité (2). Le reste de la Grande Terre est principalement peuplé de Mélanésien (67 %) et d'Européens (24 %) : ces proportions sont respectivement de 82 % et 13 % sur la côte est, non compris le centre minier de Thio (3 000 personnes dont 1 500 non mélanésien). 98 % de la population des îles Loyauté est mélanésienne.

La *densité* de l'ensemble du territoire, abstraction faite de Nouméa, s'élevait à 4,6 habitants/km² en 1976. Mais dès 1969, la densité de la population dans les « tribus » atteignait 13,4 habitants/km² sur la Grande Terre. Malgré les extensions des terres des tribus consenties entre 1969 et 1976, la densité y atteignait environ 15 habitants/km² à cette dernière date. Il subsiste donc une grande inégalité dans la répartition des terres.

La *scolarisation* est à peu près totale dans le primaire : 96 % des enfants de 13 ans révolus sont scolarisés, mais seulement 84 % à 15 ans révolus. De 10 à 29 ans, plus de 98 % des Néo-Calédoniens parlent, lisent et écrivent le français. Mais 35 % des non-Européens de plus de 65 ans écrivent le français.

Les Mélanésien sont en majorité agriculteurs ou ouvriers agricoles (51 % de la population en activité), ils sont rarement éleveurs (0,4 %). Seulement 3 % des Européens sont agriculteurs, 2 % éleveurs. Si on exclut les personnes employées dans l'agriculture, 8 % et 18 % des hommes européens actifs de 15 ans et plus sont respectivement ouvriers non qualifiés et ouvriers qualifiés, de la manutention ou chauffeurs. Ces proportions sont de 27 % et 26 %

pour les Mélanésien, 23 % et 45 % pour les Tahitiens, 34 % et 43 % pour les Wallisiens. Les Indonésien sont assez souvent artisans ou commerçants (11 %), proportion qui atteint 27 % chez les Vietnamiens. 31 % des instituteurs et professeurs des collèges sont mélanésien (21 % pour les femmes). 37 % des employés et agents de la fonction publique de sexe masculin sont mélanésien, 20 % pour le sexe féminin. 9 % des cadres de la fonction publique sont mélanésien ; ces professions sont principalement occupées par des Européens, de même que, à plus de 90 %, celles de cadres et les professions libérales.

Hors de l'agglomération de Nouméa, les ménages mélanésien sont en large majorité (68 %) ; 50 % des résidences principales n'ont pas l'électricité et 63 % n'ont pas l'eau courante ; dans 20 à 24 % de maisons individuelles, le sol est en terre battue, les murs en contreplaqué ou en végétaux, et le toit en végétaux. Ces situations sont particulièrement fréquentes sur la côte est et dans les îles Loyauté.

*
**

La population de la Nouvelle-Calédonie s'apparente à celle des autres îles du Pacifique. Mais la composition particulière de la population place les indices de fécondité et le taux d'accroissement naturel parmi les plus bas de la région, le taux d'accroissement global étant pour la période actuelle encore réduit par l'émigration. La proportion de la population urbaine est élevée (59 %). Nouméa est, avec Papeete, une des agglomérations les plus importantes des petites îles du Pacifique, après Suva (Fidji).

Les îles Fidji, indépendantes depuis 1970, présentent un autre cas de population mélanésienne minoritaire. On y comptait en 1976 44 % de Mélanésien et 50 % d'Indiens, le reste (6 %) étant composé de Chinois, d'Européens et de Polynésien, mais la part des Mélanésien s'accroît, en raison de leur fécondité supérieure à la moyenne.

Les populations des îles Fidji et de la Nouvelle-Calédonie sont donc intermédiaires entre celles de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, en grande majorité d'origine européenne, et celles de la plupart des autres îles du Pacifique, en majorité océaniques.

Jean-Louis RALLU