

INTRODUCTION

En ce début de XXI^e siècle, le Mali semble plutôt bien parti. Reprise de la croissance économique, essor de la scolarisation, poursuite de la baisse de la mortalité attestent des progrès accomplis depuis l'instauration, en 1991, d'un régime démocratique stable et l'adoption d'une politique ambitieuse de développement.

Cependant bien des efforts restent à faire pour sortir le pays de la pauvreté. Les indicateurs socio-économiques sont encore loin des standards internationaux (tableau 1). Le niveau de vie est faible : les trois quarts de la population vivent avec moins d'un dollar US par jour ; trois adultes sur quatre sont analphabètes et moins de la moitié des enfants d'âge scolaire fréquentent l'école. La mortalité dans l'enfance dépasse de 30 % la moyenne subsaharienne et l'espérance de vie à la naissance est inférieure de près de 20 ans à l'indicateur mondial.

La forte croissance démographique n'est pas le moindre des défis. Offrir les services publics de base (santé, école...) à des générations de plus en plus nombreuses suppose une mobilisation considérable de moyens dont le déploiement s'avère aujourd'hui déjà bien difficile. La baisse de la fécondité a commencé dans les catégories urbaines et instruites mais elle n'a pas encore touché la majorité des populations maliennes, rurales et peu scolarisées. Au rythme actuel, la population du Mali double en un quart de siècle : les individus débutent leur vie féconde dans un pays deux fois plus peuplé qu'il ne l'était au moment de leur naissance.

Cet ouvrage fait le point sur la situation et les tendances démographiques du Mali. Réunissant les contributions de treize chercheurs, il fait état des connaissances, mais aussi des incertitudes et des défis que posent l'évolution de la population, la poursuite des progrès sanitaires, les tendances de la fécondité, les migrations... Chacun des thèmes est traité successivement à l'échelle internationale (régionale ou mondiale) et nationale de telle sorte que l'expérience démographique du Mali puisse être précisée et discutée en référence aux tendances internationales.

Nous avons voulu offrir au lecteur une analyse des tendances démographiques sur le long terme mais aussi un état actualisé de la situation démographique du Mali. À ce titre les différentes opérations démographiques nationales ont été mobilisées, y compris les plus récentes (en particulier le recensement de 1998, l'enquête démographique et de santé de 2001 ou encore l'enquête malienne d'évaluation de la pauvreté de 2001).

Tableau 1
**Indicateurs socio-économiques et démographiques du Mali,
 comparés aux moyennes de l’Afrique sub-saharienne et du monde.**

Indicateurs	Mali	Afrique sub-saharienne	Monde
Niveau de vie			
PNB/hab. (US\$ en parité du pouvoir d’achat). 2001. (a)	810	1831	7376
Proportion (%) de la population vivant avec moins d’1 \$ par jour. 1990-2001. (a)	73	-	-
Éducation			
Taux (%) net de scolarisation primaire. filles, 2000-01. (a)	36	56	81
garçons, 2000-01. (a)	51	61	86
rapport filles/garçons	0,71	0,92	0,94
Taux (%) d’alphabétisation des adultes (15 ans et plus) . 2001. (a)	26	62	-
Mouvement de la population			
Taux brut (p. 1000). 1995-2000. (b)			
de natalité	50	42	23
de mortalité	17	17	9
d’accroissement naturel	33	25	14
d’accroissement global	28	25	14
Mortalité. 2001. (a)			
avant 1 an. (p. 1000)	141	107	56
avant 5 ans. (p. 1000)	231	172	81
espérance de vie (en années)	48,4	46,5	66,7
Fécondité			
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme). 1995-2000. (b)	7,0	5,7	2,8
Pratique contraceptive (% des femmes mariées âgées de 15-49 ans). 1995-2001. (a)	8	-	-
Sources :			
(a) PNUD (Programme des Nations unies pour le développement), 2003. – <i>Rapport mondial sur le développement humain 2003. Les objectifs du millénaire pour le développement: Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine.</i> – Paris, Économica, 376 p.			
(b) UNITED NATIONS, 2003. – <i>World population prospects: the 2002 revision.</i> – New-York, Population division, Department of economic and social affairs, 939 p. et CD-rom			

INTRODUCTION

Conjointement à ces sources statistiques nationales, les bases de données produites par les organismes internationaux (Nations unies et PNUD en particulier) et les données du programme international des enquêtes démographiques et de santé ont été utilisées pour traiter des tendances internationales.

Cet ouvrage se veut avant tout un outil de sensibilisation et de réflexion, accessible au non-spécialiste. Il met l'accent sur des points qui nous ont semblé prioritaires, mais n'épuise bien évidemment pas les questions en matière de population. Par souci de lisibilité, nous y avons limité les développements méthodologiques. Des orientations bibliographiques sont proposées en fin d'ouvrage au lecteur qui souhaite approfondir ou élargir le sujet.

Avant d'entrer dans le vif du sujet et aborder les différentes composantes de la dynamique démographique du Mali, il était nécessaire d'avoir une vue d'ensemble sur l'évolution de la population mais aussi sur les grandes caractéristiques du pays. Seydou Keïta et Famagan Oulé Konaté nous en brossent, au premier chapitre, un tableau détaillé qui couvre les aspects géographiques, historiques, économiques et politiques. Le développement du Mali se heurte à des obstacles de différentes natures : pauvre, largement rural, soumis à des contraintes climatiques sévères, dépendant du cours des matières premières sur le marché international et fortement endetté, le pays paie aussi le tribut de trois décennies de léthargie politique et économique. Une évolution plus favorable se dessine cependant depuis l'instauration, en 1991, d'un régime démocratique stable et la mise en place d'une politique multi-sectorielle (santé, scolarisation, lutte contre la pauvreté...) volontariste articulée à un processus de décentralisation. Les progrès enregistrés depuis sont tangibles : le pays se situe parmi les pays de la région qui affichent les meilleures performances socio-économiques pour les années quatre-vingt-dix. Le redressement n'est pas atteint pour autant. Les défis sont de taille, et d'autant plus difficiles à relever qu'ils s'appliquent à une population qui s'accroît très rapidement. Peuplé de 5 millions d'habitants au milieu des années soixante, le Mali en compte près de 12 millions aujourd'hui et sa population dépassera probablement 30 millions en 2030.

Cette forte croissance démographique, qui pèse si lourdement sur le développement du pays, est pourtant d'abord le résultat d'un immense progrès, la baisse de la mortalité qui a permis à un nombre de plus en plus grand de nouveau-nés de survivre jusqu'à l'âge adulte et même d'accéder à la vieillesse. Elle s'inscrit dans un processus historique, la *transition démographique*, qui, en deux temps – baisse de la mortalité puis baisse de la fécondité – conduit les populations d'un régime démographique ancien où forte fécondité et forte mortalité se compensent, à un régime nouveau, également équilibré mais à des niveaux de mortalité et de fécondité beaucoup plus bas. Après avoir touché l'Europe au XIX^e siècle, ce processus a gagné le reste du monde au XX^e siècle et provoqué une croissance démographique sans précédent : de l'ordre de 1,6 milliards au début du XX^e siècle, la population mondiale atteignait 2,5 milliards il y a cinquante ans et 6 milliards en l'an 2000. Jacques Vallin analyse, au chapitre 2, la portée de cet événement majeur dans l'histoire de l'humanité et les défis que pose, aujourd'hui encore, la croissance de la population mondiale. Certes les scénarios catastrophe qui avaient vu le jour dans les années soixante et soixante-dix sont désormais caducs : la croissance de la population mondiale se ralentit d'année en année car la fécondité diminue dans presque toutes les populations. D'ici un siècle nous ne

serons probablement pas plus de 10 milliards. On pourrait donc penser que le plus dur est fait et que les défis de la croissance sont derrière nous. Pourtant il n'en est rien. L'évolution de la population mondiale sur le long terme reste incertaine car nous ne savons ni jusqu'où l'espérance de vie peut augmenter ni jusqu'où la fécondité peut tomber. Si bien que le scénario hier encore majoritairement admis comme le plus probable, la stabilisation générale de la population, est sans doute aujourd'hui le moins probable. À plus court terme, la gestion de la forte croissance démographique récente reste à l'ordre du jour, et cela tout particulièrement dans les pays les plus pauvres : alors que les 3,5 milliards d'hommes supplémentaires des 50 dernières années étaient pour l'essentiel assumés par les régions du Sud les plus dynamiques dans une conjoncture économique favorable, les 3,5 milliards à venir seront presque entièrement à la charge des régions les plus pauvres de la planète, Afrique sub-saharienne surtout, dans un environnement économique international défavorable.

Les pays du Sahel sont parmi les premiers concernés. Avec une fécondité toujours élevée et une mortalité en baisse, l'augmentation de la population est amenée à s'y poursuivre à un rythme soutenu dans les prochaines décennies. Adapter les services publics (école, santé...) à des générations de plus en plus nombreuses et permettre l'amélioration du niveau de vie des populations, dans un contexte de fragilité économique, est une véritable gageure mais aussi un enjeu de taille pour la paix sociale dans la région. Au chapitre 3, Baba Traore brosse un tableau sans complaisance de la situation démographique des pays membres du Comité permanent inter-États de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS). Il met en évidence le fossé croissant entre l'Afrique sahélienne et le reste du monde. Partant d'une situation sanitaire initialement plus défavorable, les pays du CILSS ont aussi connu des progrès plus lents au cours des dernières décennies. Certes le niveau de la mortalité générale du Sahel est aujourd'hui meilleur que la moyenne sub-saharienne mais ce rapprochement résulte principalement de l'épidémie de sida qui a plus durement frappé les autres régions d'Afrique. Les pays du Sahel se distinguent aussi du reste du continent par un démarrage beaucoup plus timide, et souvent très incertain, de la transition de la fécondité ; ils apparaissent aujourd'hui comme le dernier bastion de la forte fécondité, en Afrique et dans le monde. Même s'ils ont des caractéristiques proches en comparaison des autres régions d'Afrique, les pays du Sahel présentent aussi des différences. Les pays côtiers bénéficient, par rapport aux pays enclavés, d'un encadrement sanitaire plus important, d'un niveau de scolarisation plus élevé, d'une meilleure situation sanitaire des enfants et sont plus avancés dans la transition de la fécondité.

La deuxième partie, consacrée à la mortalité et à la santé, permet d'aborder les déterminants de l'évolution sanitaire et par-là même de s'interroger sur les conditions d'une amélioration des conditions de survie au Mali. France Meslé et Jacques Vallin rappellent au chapitre 4 que la baisse de la mortalité dans le monde a suivi plusieurs étapes, correspondant à la mise en place de procédés efficaces de lutte contre différents groupes de pathologies. Que ce soit dans l'Europe du XIX^e siècle ou encore récemment dans nombre de pays en développement, les hauts niveaux de mortalité étaient essentiellement liés aux maladies infectieuses particulièrement meurtrières chez les jeunes enfants. C'est la victoire remportée sur ces maladies, grâce à la diffusion des antibiotiques et des vaccinations, dans un contexte d'amélioration des conditions de vie (hygiène, nutrition...), qui a permis le progrès massif de l'espérance de vie d'abord dans les pays développés puis, après la deuxième guerre

INTRODUCTION

mondiale, dans les pays du Sud. Une fois les maladies infectieuses jugulées, la baisse de la mortalité s'est poursuivie dans les pays les plus avancés grâce au contrôle des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires en particulier) et des maladies de société (affections dues à la consommation excessive d'alcool ou de tabac, accidents de la circulation, ...). Cette seconde phase de la transition sanitaire a nécessité la mise en place de nouvelles stratégies sanitaires coûteuses (prévention, dépistage et suivi thérapeutique) reposant sur une prise en charge de leur santé par les individus eux-mêmes. Alors que la généralisation de la baisse de la mortalité dans le monde au milieu du siècle dernier avait donné l'espoir d'une convergence entre les pays développés et ceux du Sud, les inégalités sanitaires s'avèrent aujourd'hui bien difficiles à surmonter. D'une part le contrôle des maladies chroniques et des maladies de société demande la mise en œuvre de politiques sanitaires coûteuses dont tous n'ont probablement pas les moyens. D'autre part la victoire sur les maladies infectieuses, quasiment acquise dans les autres continents, tarde à venir en Afrique au sud du Sahara. En effet un certain nombre de maladies que l'on croyait pouvoir contrôler, comme la tuberculose ou le paludisme, ré-émergent sous l'effet du développement de résistances aux médicaments (antituberculeux, quinine,...). De plus l'apparition du sida a fait dramatiquement reculer l'espérance de vie dans certains pays, notamment en Afrique australe. Subissant de plein fouet la crise économique, la plupart des pays au sud du Sahara n'ont pu trouver les moyens de faire face à ces menaces sanitaires et leur retard sur le reste du monde s'est aggravé.

Le Mali a été, jusqu'à présent, relativement peu touché par l'épidémie de sida et le recul de la mortalité s'y poursuit régulièrement depuis plusieurs décennies. La situation sanitaire est cependant loin d'être satisfaisante, les progrès ont été plus lents que la moyenne des pays en développement et la première phase de la transition sanitaire n'est pas achevée. L'analyse de la mortalité des enfants et de ses déterminants menée par Seydou Moussa Traore (chapitre 5) montre que bien des progrès sont accessibles en mobilisant les moyens éprouvés ailleurs dans le monde. La mortalité touche encore près d'un enfant sur quatre dans les cinq premières années de la vie. Moins d'un enfant sur trois est couvert par l'ensemble des vaccins préconisés par le programme élargi de vaccination (PEV) ; la fréquentation des services sanitaires reste faible ; près de 40 % des grossesses ne bénéficient d'aucun suivi et seule une minorité des accouchements (4 sur 10 à l'échelle nationale, un sur 4 en milieu rural) ont lieu en structure sanitaire. L'amélioration de l'encadrement sanitaire sur l'ensemble du territoire apparaît donc comme une priorité, non seulement pour augmenter l'offre de soins et la couverture vaccinale, mais aussi pour sensibiliser les populations aux pathologies à risque et à l'adoption de comportements adéquats à l'égard des enfants, et enfin pour appuyer et accompagner le développement des habitudes de recours médical. Le suivi des grossesses mérite une attention particulière car les comportements de procréation associés au régime de forte fécondité (fécondité précoce, descendance élevée, intervalles inter-génésiques de courte durée) sont facteurs de surmortalité pour les mères et pour les nouveau-nés. Enfin aucun relâchement n'est permis dans la lutte contre l'épidémie de sida ; sans diffusion des comportements préventifs, l'épidémie pourrait bien s'étendre et imposer aux autorités sanitaires un défi d'une tout autre envergure.

À l'écart des standards internationaux pour la mortalité, l'Afrique sub-saharienne s'en distingue également sur le plan de la fécondité (troisième partie). Avec une moyenne de 5,7 enfants par femme, contre 2,7 en Asie et en Amérique latine, et 1,4 en Europe, elle affiche de

loin les niveaux de fécondité les plus élevés au monde. Au cours des quarante dernières années cette forte fécondité a été l'une des questions majeures traitées par les démographes africains. La fécondité africaine était-elle une « exception » et allait-elle se maintenir, à l'inverse des autres pays en développement où des baisses parfois rapides s'observaient à partir des années soixante-dix ? La question est devenue obsolète comme le montre Thérèse Locoh au chapitre 6. En effet, la fécondité a commencé à baisser dans de nombreux pays africains à la fin des années quatre-vingt, et chaque nouvelle enquête confirme la poursuite de la tendance. On observe aujourd'hui une grande diversité de situations, avec des pays où la baisse de la fécondité est bien engagée, notamment en Afrique australe et orientale, et d'autres où elle est encore à ses débuts et n'est sensible qu'en ville, comme au Sahel. Ainsi la fécondité est proche de 3 enfants par femme en Afrique australe alors qu'elle dépasse 6 enfants par femme dans les pays du Sahel. Paradoxalement, le développement socio-économique (baisse de la mortalité des enfants, urbanisation, instruction) et la crise économique semblent avoir contribué l'un et l'autre à l'adoption de nouveaux comportements de fécondité : le premier parce qu'il est porteur de nouvelles aspirations à l'égard de l'enfant et en terme de niveaux de vie ; la seconde parce qu'elle freine la réalisation de ces aspirations et accélère la prise de conscience de l'intérêt de descendance moins nombreuses pour les mener à bien. La baisse de la fécondité en Afrique correspond pour l'instant davantage à des réaménagements dans les pratiques de fécondité anciennes qu'à l'adoption du modèle de la famille restreinte. Elle résulte principalement du recul de l'âge au premier mariage des femmes et de l'allongement de l'intervalle entre les naissances. Les stratégies d'arrêt définitif de la fécondité en cours de vie féconde, qui ont déterminé ailleurs la transition de la fécondité, sont encore peu développées en Afrique. À l'exception des pays les plus avancés dans la transition, la pratique de la contraception moderne reste peu fréquente, concernant rarement plus d'une femme mariée sur dix. Cette situation traduit en partie les insuffisances de l'offre (accessibilité, qualité des soins et informations) : l'importance, en nombre et en terme de santé publique, des avortements en milieu urbain et les indicateurs tirés des grandes enquêtes témoignent d'un désir grandissant de contrôler la fécondité.

Au Mali, la transition de la fécondité n'en est qu'à ses balbutiements. À l'échelle nationale aucune baisse n'est perceptible. Cependant, comme le montre Ishaga Coulibaly au chapitre 7, les signes d'une remise en question du modèle de forte fécondité deviennent tangibles. Comme ailleurs, les changements s'observent d'abord en ville et chez les femmes scolarisées. Le nombre d'enfants par femme est aujourd'hui inférieur à 5 à Bamako et proche de 4 chez les femmes les plus instruites alors qu'il reste supérieur à 7 en milieu rural et chez les femmes sans instruction. Ces différences existaient déjà il y a vingt ans, mais elles se sont accrues, principalement du fait d'une diminution de la fécondité au début de la vie adulte. Les femmes se marient plus tard et commencent à utiliser la contraception moderne pour éviter les grossesses préconjugales. La pratique contraceptive se diffuse également dans le cadre du mariage. En revanche, les populations rurales et faiblement scolarisées, qui constituent l'écrasante majorité, n'ont pour l'instant modifié aucun des principaux comportements de reproduction : l'entrée en union et les débuts de la vie féconde se maintiennent à un âge jeune, la pratique contraceptive est marginale et l'allaitement prolongé reste le principal facteur de régulation de la fécondité. Il semble cependant que les aspirations évoluent : la connaissance de la contraception se généralise et une proportion croissante de femmes déclare avoir l'intention d'y recourir dans le futur. L'essor actuel de la

INTRODUCTION

scolarisation, en particulier des filles, contribuera très probablement à l'augmentation de la demande de contrôle de la fécondité, y compris en milieu rural. Pour que la transition de la fécondité puisse s'amorcer à l'échelle nationale, il appartient aux services publics d'offrir aux femmes et aux couples un accès aisé à des structures d'accueil et d'offre contraceptive de qualité, permettant de répondre à ces nouvelles aspirations.

Les migrations, traitées en quatrième partie, jouent elles aussi un rôle dans le processus de la transition démographique. À deux titres. Le développement des migrations peut être interprété comme une première réponse à la croissance démographique permettant d'alléger la pression sur les ressources et contribuant ainsi à l'ajournement de la baisse de la fécondité. De fait, dans la plupart des pays du monde, les périodes de forte croissance démographique ont aussi été des périodes marquées par d'importants mouvements migratoires. Mais la mobilité est aussi facteur de brassage social, d'émancipation par rapport aux normes prévalant dans le milieu d'origine et donc de diffusion de nouveaux comportements ; elle peut à ce titre contribuer à la diffusion de la transition de la fécondité, en particulier du milieu urbain vers le milieu rural. Les tendances migratoires décrites par Sadio Traore au chapitre 8 permettent de penser que ce double mécanisme est susceptible de s'appliquer à l'Afrique de l'Ouest. Les schémas migratoires prévalant dans la région se sont en effet mis en place dans les années soixante-dix, avec le début de la crise des économies nationales et l'essor de la croissance démographique. Ils se caractérisent au niveau international par la prédominance des migrations masculines et une orientation des régions intérieures vers les pays côtiers plus prospères (en particulier la Côte d'Ivoire) et, sur le plan des migrations internes, par la prédominance des flux du milieu rural vers le milieu urbain. Résultat de la conjoncture économique défavorable, les courants migratoires en faveur de la Côte d'Ivoire diminuent dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, contribuant à des échanges internationaux plus équilibrés. L'exode rural se poursuit mais, fait nouveau, les femmes participent désormais tout autant que les hommes aux migrations internes et contribuent même davantage que ces derniers à l'urbanisation. Bien plus encadrées que celles des hommes et s'inscrivant davantage dans des logiques familiales et conjugales, les migrations féminines pourraient être un facteur déterminant dans la redéfinition des rapports familiaux et au sein des couples. En effet, alors que les migrations masculines s'étaient développées sans remettre en cause le maintien sur place des épouses et l'emprise des aînés dans les milieux de départ, les migrations féminines s'accompagnent d'un éclatement spatial des lieux de décision et de contrôle qui pourrait conduire les individus à prendre distance avec les modèles conjugaux traditionnels et à adopter de nouveaux comportements en matière de reproduction.

Au chapitre 9, Sékouba Diarra et Pierre Cissé, proposent un examen détaillé de la relation entre migration interne et pauvreté au Mali. La relation s'impose au premier abord comme une évidence : les motifs économiques prédominent largement dans les décisions de migrer ; les schémas migratoires de la région, entre pays enclavés et pays côtiers, se prêtent bien à une lecture en terme de répulsion/attractivité économique, tout comme les flux ruraux à destination urbaine. Mais est-elle vérifiée quand on examine, abstraction faite de la capitale, la position des régions sur l'échelle de la pauvreté (définie par la disponibilité des infrastructures socio-économiques) et sur celle des migrations ? Les auteurs proposent une réponse nuancée. En effet la relation existe mais les caractéristiques propres au contexte (enclavement, pression démographique, organisation des relations entre les migrants et leurs

familles...) comptent et relativisent l'hypothèse d'un déterminisme strict. Résultat à souligner, ce sont les inégalités d'accès aux services bien plus que le niveau général d'équipement socio-économique qui déterminent le caractère répulsif d'une région. C'est donc à la répartition homogène des infrastructures, plus qu'à leur quantité, qu'il conviendrait de veiller dans le cadre d'une politique de lutte contre la pauvreté et l'exode rural.

Les développements consacrés à la mortalité, à la fécondité et aux migrations rendent compte des progrès qui ont été accomplis dans la connaissance démographique du Mali, et plus généralement de l'Afrique, grâce aux grands programmes d'enquêtes et de recensements. Ces avancées ont dans le même temps fait naître le besoin de données plus approfondies pour saisir les mécanismes associés aux évolutions en cours, appréhender les changements récents ou les comportements inédits mais aussi étudier les facteurs qui sous-tendent les situations d'apparente stabilité. Des recherches à petite échelle, consacrées à des populations particulières suivies sur la longue durée, et faisant appel à des méthodologies de différentes disciplines se sont ainsi développées depuis une quinzaine d'années. La cinquième et dernière partie de l'ouvrage donne un aperçu des apports de ces outils de collecte. Gilles Pison présente, au chapitre 10, le réseau des observatoires de population et de santé qui a été mis en place dans les pays du Sud. L'Afrique sub-saharienne compte 19 observatoires (8 en Afrique de l'Ouest) couvrant des populations de 8 000 à 150 000 habitants suivis depuis une durée de 5 à plus de 40 ans. Ils fonctionnent selon un même principe : après un recensement initial, des passages réguliers, espacés de 3 à 12 mois, permettent de relever naissances, décès, mariages et migrations survenus depuis la visite précédente et ainsi d'obtenir, à la manière d'un système d'état civil exhaustif et élargi, des données prospectives de qualité. À la surveillance démographique de base s'ajoutent souvent des enquêtes spécifiques sur des sujets particuliers relevant de la santé (fécondité, contraception, mortalité, etc.) ou d'autres domaines comme l'économie, la sociologie ou l'anthropologie, la combinaison des différentes approches permettant de mieux comprendre les évolutions observées. Donnés à titre d'illustration, les résultats tirés de deux observatoires du Sénégal (Mlomp, suivi depuis 1985, et Bandafassi, suivi depuis 1970) rendent compte de l'apport de ces données en matière de santé publique. Ainsi elles ont permis de mettre en évidence l'effet spectaculaire de l'application du programme élargi de vaccination sur la mortalité des enfants mais aussi les obstacles auxquels se heurte la poursuite de cette baisse et les épreuves qu'impose aux systèmes sanitaires la résurgence d'anciennes pathologies, telles que le paludisme résistant.

La recherche conduite dans des villages bwa du Mali, présentée par Véronique Hertrich et Marie Lesclingand (chapitre 11), est, quant à elle, davantage orientée sur les changements familiaux. Mise en place il y a quinze ans, elle a permis d'observer, dans cette population d'agriculteurs faiblement scolarisée et peu investie dans l'économie de marché, l'apparition de nouveaux types de comportements et de relations au sein des familles. Les changements s'expriment en particulier en matière matrimoniale, par le désengagement de l'autorité familiale dans la constitution des couples, et en matière migratoire, par la généralisation des migrations de travail des jeunes filles. Ces changements se concentrent au début de la vie adulte et introduisent des éléments de redéfinition dans les rapports entre sexes et entre générations. En effet, les étapes du passage à l'âge adulte, autrefois très contrastées entre garçons et filles, se sont considérablement rapprochées, et les couples se constituent de plus en plus souvent sur la base de choix personnels. Ce rapprochement des

INTRODUCTION

expériences de jeunesse des hommes et des femmes pourrait favoriser le développement d'un espace de décision conjugal et, par-là même contribuer au développement de nouveaux projets familiaux et à l'adoption de nouveaux comportements de fécondité.

Véronique Hertrich et Seydou Keïta

