

DÉMOGRAPHIE DES RÉGIONS DU MONDE : ÉTAT ET TENDANCES

Une nouvelle chronique dans *Population*

Une des spécificités de Population est de consacrer régulièrement à l'évolution de la population des rubriques spéciales telles que la situation démographique de la France ou la conjoncture démographique des pays développés. L'intérêt que suscitent ces rubriques parmi nos lecteurs nous a décidés à en élargir le champ géographique et les thèmes, en faisant le point sur l'ensemble des grandes régions du monde.

L'objectif de cette nouvelle rubrique est de présenter aux lecteurs un large panorama de la conjoncture démographique, et d'offrir un ensemble le plus complet possible de séries statistiques fiables et documentées. En se référant largement à des données sociales, géographiques, économiques ou épidémiologiques, la chronique cherchera à identifier les spécificités des évolutions démographiques de chacune des régions du monde.

Traitant tour à tour de l'Afrique sub-saharienne, de l'Afrique du Nord, du Proche et du Moyen-Orient, de l'Amérique latine et des Caraïbes, de l'Asie du Sud et de l'Est, de l'Europe et de l'Amérique du Nord, Population fera en quelques années le tour du monde. Chacune des premières synthèses s'efforcera d'inclure une perspective historique et une discussion détaillée des sources.

La responsabilité de ce projet a été confiée à Dominique TABUTIN (université de Louvain-la-Neuve). C'est lui qui signe en collaboration avec Bruno SCHOUMAKER (université de Louvain-la-Neuve) la première synthèse, qui porte sur la démographie de l'Afrique sub-saharienne.

Michel BOZON, Éva LELIÈVRE,
Francisco MUNOZ-PÉREZ

La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000

Synthèse des changements et bilan statistique

Dominique TABUTIN* et Bruno SCHOUMAKER*

L'Afrique sub-saharienne (48 États, 50 pays⁽¹⁾, 700 millions d'habitants en 2004, près de 22 millions de km²) a longtemps été considérée par les démographes comme une région relativement homogène et résistante aux changements sociodémographiques qui étaient en cours dans une bonne partie du monde dès les années 1950 ou 1960. Dans les années 1970, on parlait encore d'une démographie africaine ou d'une démographie de l'Afrique tropicale, globalement caractérisée par des mariages précoces et universels, des fécondités élevées, des mortalités importantes et finalement des croissances rapides. Depuis, la situation a bien changé et l'Afrique ne fait plus figure d'exception : globalement, elle est entrée dans le processus de la transition démographique.

Mais comme ailleurs il y a deux ou trois décennies, les changements se font à des rythmes divers selon les pays, en fonction des systèmes culturels (très nombreux), des économies (diversifiées), des régimes politiques, mais aussi des crises de nature diverse que connaissent régulièrement depuis trente ans des pays ou même des sous-régions entières du continent : des conflits et guerres civiles, des disettes allant parfois jusqu'à des famines, une dégradation des niveaux de vie et bien sûr le sida. Vulnérabilité, insécurité et pauvreté sont le lot d'un bon nombre de pays et, dans chacun, de larges couches de la population.

Au cours des années 1990, la démographie de l'Afrique et des sous-régions et pays qui la constituent a fait l'objet de quelques grandes synthèses, sous forme notamment d'ouvrages collectifs, axés sur l'ensemble des composantes des dynamiques démographiques ou plus souvent sur

* Institut de démographie, UCL, Louvain-la-Neuve.

⁽¹⁾ 50 pays en incluant le département d'outre-mer français de la Réunion et l'île britannique de Sainte-Hélène.

l'une ou l'autre problématique, dont notamment la fécondité et le sida⁽²⁾. Cette chronique, par définition moins ambitieuse, a un double objectif : 1) présenter les données les plus comparables, fiables et récentes possible, sur les évolutions depuis 1950 et les caractéristiques actuelles des populations de chaque pays. Ces données sont rassemblées dans l'annexe statistique qui comprend 14 grands tableaux correspondant à chaque point traité dans le texte ; 2) faire une synthèse dégageant les grands éléments des changements et la diversification croissante des situations dans la région. Graphiques et petits tableaux résumeront l'information. Cette chronique est centrée sur l'Afrique sub-saharienne, ce qui exclut les 5 pays d'Afrique du Nord dont l'histoire, la culture et la démographie sont autres : avec le Moyen-Orient, cette région fera l'objet d'une prochaine chronique.

Après quelques mots sur le contexte socio-économique africain par rapport aux autres régions, les progrès en matière de systèmes d'information et l'évolution de la population depuis deux millénaires, nous aborderons successivement : 1) les effectifs et croissances des populations depuis 1950, 2) les modèles sous-régionaux de transition démographique, 3) la nuptialité (âge au mariage, polygamie, ruptures d'union), 4) la fécondité (niveaux, tendances) et ses variables intermédiaires (allaitement, abstinence, contraception), 5) la mortalité générale, la mortalité maternelle et le sida, 6) la mortalité (de 0 à 5 ans) et la santé des enfants (vaccination, malnutrition, assistance médicale), 7) les structures par âge, 8) les migrations internationales à l'intérieur de l'Afrique et vers les pays riches, 9) l'urbanisation et l'exode rural, et enfin 10) les inégalités entre hommes et femmes en matière d'éducation.

Notre démarche est essentiellement *descriptive*. Nous étudions les niveaux et tendances dans l'ensemble des pays et des sous-régions, ainsi que les inégalités (instruction et milieu d'habitat) dans des pays qui en sont à des stades différents de transition ou de développement (ce seront notamment le Bénin, le Nigeria, le Mali, le Cameroun, le Kenya et le Zimbabwe). Nous procéderons de temps à autre à un examen des relations entre les indices démographiques des pays et des indicateurs de développement social, économique, humain et sanitaire, regroupés par pays dans les tableaux annexes A13 et A14.

Les sources privilégiées de données sont, d'une part, les banques de données des divers organismes des Nations unies (Division de la population, PNUD, OMS, Unesco, etc.), indispensables pour la reconstitution des

(2) Voir entre autres les ouvrages de D. Tabutin (1988) et de Foote *et al.* (1996) sur les différentes composantes de la démographie africaine, de R. Lesthaeghe (1989) sur les modèles de reproduction, de E. van de Walle et D. Foster (1990) et de Th. Loco et V. Hertrich (1994) sur la fécondité, de E. van de Walle *et al.* (1992) sur la mortalité, de C. Bledsoe et G. Pison (1994) sur la nuptialité, de J. Coussy et J. Vallin (1996) sur les conséquences des crises sur les dynamiques démographiques et sociales, de J. Vallin (1994) sur le sida.

Signalons par ailleurs l'existence depuis 1984 d'une Union pour l'étude de la population africaine (UEPA/UAPS), responsable notamment d'une revue (*Études de la population africaine*) et de l'organisation des grandes conférences sur la population africaine (Dakar en 1988, Durban en 1999, Tunis en 2003).

grandes évolutions depuis 1950 ou la recherche d'indicateurs spécifiques, et d'autre part, les enquêtes démographiques et de santé (EDS) ou équivalentes : 81 enquêtes au total ont été effectuées depuis 1984, dont 47 depuis 1994 dans 30 pays africains. Nous utiliserons aussi, en les complétant, certains travaux récents comme ceux de V. Hertrich (2001) sur l'âge au mariage et de X. Thierry (2001) sur l'immigration en France.

Sur les 50 pays rattachés à l'Afrique sub-saharienne, deux, très petits et par ailleurs mal documentés, ont été exclus de cette chronique : les Seychelles (453 km², 80 000 habitants) et l'île Sainte-Hélène (410 km², 7 500 habitants). Les 48 autres pays sont regroupés dans les annexes statistiques selon les quatre sous-régions classiquement distinguées : Afrique de l'Ouest (16 pays), Afrique centrale (9 pays), Afrique de l'Est (18 pays) et Afrique australe (5 pays). La carte ci-après présente la localisation géographique des pays et leur regroupement par sous-région.

I. L'Afrique dans le monde : contexte général et historique

Globalement, l'Afrique au sud du Sahara (tableau 1) conserve toujours la croissance démographique la plus rapide du monde (2,4 % en 2001 contre 0,8 % à 2 % dans les autres régions en développement), une fécondité très élevée (5,5 enfants par femme contre 1,8 à 3,5 ailleurs) et une forte mortalité (espérance de vie de 47 ans contre au moins 63 ans partout ailleurs). Elle représente aujourd'hui 10 % de la population du monde et 13 % de celle des régions dites en développement.

La région est aussi – et de loin – la plus défavorisée du monde sur le plan économique et social. En 2001, son revenu par habitant en parité de pouvoir d'achat (1830 \$) est d'un tiers inférieur à celui de l'Asie du Sud et près de trois fois plus bas que celui de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. En matière de développement humain (IDH), la région est nettement derrière l'Asie du Sud et très loin de l'Amérique latine ou de l'Asie de l'Est. Dans le classement mondial du PNUD (2003), 34 des 40 derniers pays appartiennent à l'Afrique sub-saharienne⁽³⁾. De même, dans le classement selon le degré de pauvreté, la plupart des pays africains sont parmi les derniers. Seul l'analphabétisme adulte (38 %) n'est dans l'ensemble pas plus répandu en Afrique sub-saharienne qu'en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (39 %) ou en Asie du Sud (44 %). Tout cela cache évidemment des inégalités non négligeables d'un pays à l'autre à l'intérieur du continent (tableau annexe A.13).

⁽³⁾ Les différents indicateurs de développement par pays figurent dans les tableaux annexes A.13 et A.14.

TABLEAU 1.– QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE ET DES AUTRES GRANDES RÉGIONS DU MONDE EN 2001

Région	Population (millions)	Indice synthétique de fécondité (enfants/femme)	Espérance de vie (en années)	Croissance démographique (%)	Indicateur de développement humain ^(a)	RNB/habitant \$ US PPA ^(a)	Analphabétisme adulte (%)
Afrique sub-saharienne	626	5,5	47	2,4	0,468	1830	38
Afrique du Nord et Moyen-Orient	290	3,5	66	2,0	0,662	5040	39
Amérique latine et Caraïbes	523	2,6	70	1,5	0,777	7050	11
Asie du Sud	1455	3,1	63	1,6	0,582	2730	44
Asie de l'Est et Pacifique	1900	1,8	69	0,8	0,722	4230	13
Pays de l'OCDE	1141	1,7	76	0,3	0,905	23360	ε
Monde entier	6148	2,7	65	1,3	0,722	7380	–

^(a) Voir la signification des indicateurs dans le tableau A.13 (en annexe).
Sources : PNUD (2003), Nations unies (2003b).

Une autre caractéristique de la région relève de son histoire, avec une colonisation qui a été beaucoup plus longue qu'ailleurs. En dehors du Liberia (une création des États-Unis en 1847) et de l'Éthiopie, la plupart des pays africains seront en effet occupés, colonisés sous une forme ou sous une autre, à partir des années 1880. Quatre pays européens se partageront la plus grande partie de l'Afrique sub-saharienne : la France qui, outre Madagascar, les Comores et Djibouti, sera présente en Afrique de l'Ouest et centrale (18 pays d'aujourd'hui au total) ; la Grande-Bretagne (17 pays actuels) occupera quelques pays de l'Ouest (dont le Nigeria), mais surtout l'Afrique de l'Est (Kenya, Malawi, Ouganda...) et du Sud ; la Belgique (3 pays avec l'actuelle République démocratique du Congo, le Rwanda et le Burundi) ; le Portugal (5 pays dont le Mozambique et l'Angola). S'y ajoutent l'Allemagne qui jusqu'en 1918 occupera le Togo, une partie du Cameroun, le Tanganyika et la Namibie, et l'Espagne, présente en Guinée équatoriale.

En dehors de l'Afrique du Sud dont l'indépendance remonte à 1910, tous ces pays resteront sous occupation coloniale pendant 70 à 90 ans, et accéderont à l'indépendance à des dates variables (tableau annexe A.2). En 1960, la France se retire de la plupart de ses colonies, la Belgique du Congo R.D., et la Grande-Bretagne du Nigeria. En 1967, la plupart des pays sont libérés, en dehors cependant des colonies portugaises qui n'accéderont à l'indépendance qu'en 1974 et 1975, du Zimbabwe occupé par les Anglais jusqu'en 1980, des Comores et de Djibouti qui deviendront respectivement indépendants en 1975 et 1977, et de la Namibie sous mandat sud-africain jusqu'en 1990. La Réunion, quant à elle, deviendra un département français d'outre-mer en 1946.

II. D'énormes progrès récents en matière d'informations

Jusqu'à la fin des années 1960, l'Afrique dans son ensemble souffrait d'un manque flagrant de données sociodémographiques, avec des situations certes variables : on disposait de quelques recensements (plutôt légers) dans les pays sous domination anglaise ou portugaise, de quelques enquêtes auprès des ménages dans les pays sous domination française ou belge. Le plus souvent, l'état civil ne fonctionnait pas ou fort mal, tant en ce qui concerne l'enregistrement des événements que l'exploitation des données. Aujourd'hui encore, 40 ans plus tard, il ne fonctionne correctement⁽⁴⁾ que dans quelques petits pays, comme le Cap-Vert, Maurice, la Réunion, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles, en Afrique du Sud ou simplement dans les capitales (Gendreau, 1993).

⁽⁴⁾ Soit avec une couverture de plus de 90 % des naissances et décès (définition des Nations unies).

En revanche, en matière de recensements et d'enquêtes, la situation s'est améliorée considérablement à *partir des années 1970*, avec le développement des instituts de statistique, la formation de cadres (statisticiens et démographes), de gros appuis financiers extérieurs aux opérations de collecte et la mise en place de grands projets internationaux, comme le programme de l'enquête mondiale de fécondité (EMF) de 1974 à 1982 et le programme américain des enquêtes démographiques et de santé (EDS) depuis 1984⁽⁵⁾.

Il en résulte (tableau 2) une augmentation sensible depuis 1970 et surtout 1980 du nombre d'opérations démographiques nationales conduites dans les 48 pays de la région : en moyenne, pratiquement un recensement et une enquête tous les dix ans. Mais les situations nationales varient énormément (tableau A.1 en annexe), allant de pays bien documentés avec 3 à 5 recensements et 5 à 8 enquêtes (Kenya, Ghana, Burkina Faso, Sénégal, Cameroun, Zambie) jusqu'à des pays fort dépourvus de statistiques (Congo R.D., Congo, Guinée, Gabon, Tchad, Somalie, Swaziland). Sur les 48 pays, 45 ont effectué depuis 1994 au moins un recensement, 30 au moins une enquête EDS. Ce sont essentiellement ces dernières qui permettent aujourd'hui de connaître les caractéristiques de la fécondité, de la mortalité et de la santé des mères et des enfants dans un bon nombre de pays africains.

TABLEAU 2. – ÉVOLUTION DU NOMBRE DE RECENSEMENTS ET D'ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES NATIONALES DEPUIS 1960 DANS L'ENSEMBLE DES 48 PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

Type d'opération	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2004	Total
Recensements	28	41	42	37	34	182
Enquêtes EMF ^(a)	–	7	4	–	–	11
Enquêtes EDS ^(b)	–	–	18	44	19	81
Autres enquêtes démographiques ^(c)	25	23	24	14	3	89
Total	53	71	88	95	56	363

^(a) Enquêtes effectuées dans le cadre du Programme de l'enquête mondiale de fécondité de 1974 à 1982.
^(b) Enquêtes démographiques et de santé réalisées depuis 1984 sous la responsabilité de Macro International, Westinghouse et d'autres organismes.
^(c) En dehors des enquêtes socio-économiques de la Banque mondiale (LSMS, enquête prioritaire) ou du programme MICS2 de l'Unicef.
Source : tableau A.1 en annexe.

⁽⁵⁾ Ce bilan doit néanmoins être relativisé pour la décennie 1990 quand, dans nombre de pays, on voit la mobilité professionnelle des cadres des instituts de statistique et le fléchissement des fonds nationaux et internationaux pour la collecte et l'analyse de données.

III. Une histoire démographique mouvementée depuis deux millénaires

L'évolution du peuplement de l'Afrique depuis l'Antiquité est toujours mal connue et difficile à appréhender. Il en résulte, sans surprise, des estimations de population qui peuvent varier d'un auteur à l'autre pour le passé lointain (tableau 3) : 21 à 30 millions d'habitants vers l'an 1000, de 48 à 78 vers 1500, de 83 à 92 pour 1800. Pour les XIX^e et XX^e siècles, les estimations se rapprochent : de 95 à 101 millions vers 1900. En revanche, les historiens s'accordent sur le rôle important des facteurs climatiques et de leurs conséquences (sécheresses, disettes, famines, épidémies) dans le passé et sur les effets tragiques des traites négrières sur les dynamiques démographiques et sociales des sociétés concernées, qui du XV^e à la fin du XIX^e siècle auraient touché environ 25 millions de personnes⁽⁶⁾.

TABLEAU 3. – ÉVOLUTION ET CROISSANCE DE LA POPULATION DE L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE DEPUIS LE DÉBUT DE NOTRE ÈRE

Dates	Population (en millions)		Croissance annuelle de la population (%) au cours de chaque siècle ^(a)	Part (%) de la population de l'Afrique dans la population mondiale ^(b)
	Biraben (2003)	Cordell (2001)		
J.C.	12	–	–	5
500	20	–	–	10
1000	30	21	0,13	12
1100	–	24	0,15	–
1200	–	28	0,13	–
1300	60	32	0,20	14
1400	60	39	0,21	16
1500	78	48	0,21	17
1600	–	59	0,19	–
1700	97	71	0,16	14
1800	92	83	0,20	10
1900	95	101	1,87	6
2000	657	657	–	11

^(a) Taux calculés à partir des données de D. Cordell.
^(b) Parts calculées à partir des données de J.-N. Biraben.
Sources : J.-N. Biraben (2003) et D. Cordell (2001).

De 1700 à 1900, contrairement aux autres régions du monde qui voient doubler ou tripler leur population, celle de l'Afrique noire stagnera selon J.-N. Biraben (2003) ou n'augmentera que légèrement selon D. Cordell (2001). Son poids dans la population mondiale, croissant depuis l'Antiquité, ne fera que reculer du XVI^e siècle (17 %) à la fin du XIX^e (6 %). Globalement, la croissance démographique du continent restera lente jusqu'au XX^e siècle (de 0,13 % à 0,21 % par an selon les périodes). De l'avis unanime des historiens, la période de colonisation

⁽⁶⁾ C. Coquery-Vidrovitch (1988) aboutit à ce chiffre en distinguant la traite saharienne vers le monde méditerranéen (dès l'Antiquité, la plus durable, environ 9 millions de personnes dont une grande partie après le XV^e siècle), la traite atlantique (plus concentrée dans le temps, de 1450 à 1900, 12 millions d'individus) et la traite dans l'Océan indien (5 millions de personnes).

intense (1880-1920) fut même encore une phase de ralentissement ou parfois de régression démographique brutale dans certaines régions (en raison du travail forcé, des déplacements de populations, de l'importation de maladies, etc.). Il faudra attendre les années 1920 pour voir une reprise rapide de la dynamique démographique de l'Afrique.

IV. Populations et croissances depuis 1950 : rapidité et diversification

Après 1950, l'Afrique au sud du Sahara se peuple très rapidement, à des rythmes qui vont même croissant de 1950 à 1985, avec une diversification progressive entre pays, laquelle s'accroîtra ensuite sous l'effet des reculs variables de la fécondité, mais aussi du sida dans les pays ou sous-régions les plus touchés.

1. Les plus fortes croissances du monde depuis cinquante ans

Contrairement aux autres régions du monde, l'Afrique a connu une augmentation régulière de sa croissance démographique de 1950 (2,2 %) à 1985 (2,8 %), résultat du maintien de la fécondité et du recul de la mortalité. En dehors de l'Afrique du Sud dont la croissance se maintient autour de 2,4 % et des îles de la Réunion et de Maurice où la fécondité baisse dès les années 1960, la plupart des pays gagnent près d'un point de croissance sur la période (tableau A.3 en annexe), pour atteindre tous près de 3 %⁽⁷⁾ vers 1985. À ces rythmes, ils voient quasiment tous leur population tripler en 35 à 40 ans, l'Afrique sub-saharienne dans son ensemble passant de 177 millions d'habitants en 1950 à 504 millions en 1990 (tableau annexe A.2).

Depuis 1990, l'Afrique sub-saharienne, globalement, est entrée dans une phase de ralentissement démographique, passant de 2,9 % de croissance par an vers 1985 à 2,3 % en 2000. Mais ce ralentissement se fait à des rythmes variables, et même divergents entre les pays (figure 1). À un extrême, on trouve une petite vingtaine de pays, de différentes sous-régions, dont les croissances n'ont pas changé ou même ont légèrement augmenté depuis 1985 (le Niger, le Mali, le Mozambique, la Somalie, etc.) ; à l'autre extrême, les cinq pays d'Afrique australe, le Zimbabwe et la Zambie dont les taux de croissance s'effondrent littéralement à partir de 1995 avec la surmortalité due au sida (nous y reviendrons) : l'Afrique du Sud et le Botswana par exemple passent respectivement d'une croissance

⁽⁷⁾ Le maximum sera alors atteint par le Kenya avec 3,8 %.

de 2,0 % et 2,8 % en 1990-1994 à 0,6 % et 0,9 % dix ans plus tard. C'est un exemple unique dans l'histoire.

Entre ces extrêmes, on compte près de 25 pays qui tous connaissent un fléchissement de leur croissance, mais à des rythmes divers (figure 1) : plutôt lents pour les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, un peu plus rapides (en moyenne) pour les pays d'Afrique de l'Est. Et il n'y a pas de relation claire entre les rythmes de déclin et les niveaux de départ de 1980-1984.

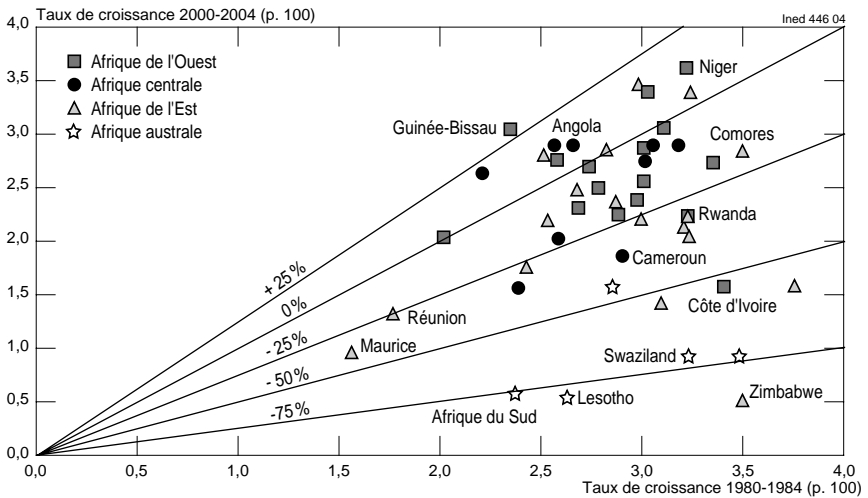


Figure 1. – Évolution des taux de croissance de la population de 1980-1984 à 2000-2004 dans 48 pays

Note : les diverses droites correspondent aux rythmes de croissance et de déclin indiqués.

Source : à partir des données des Nations unies (2003b).

Finalement, de 1990 à 2005, les populations des diverses sous-régions et de la plupart des pays augmenteront de près de 50 %, en dehors de l'Afrique australe (24 %).

2. Quelques projections d'ici 2040

Certes, les croissances ralentissent ou vont sous peu ralentir, mais encore très élevées dans l'ensemble, elles vont conduire à de fortes augmentations de population dans les trente à quarante prochaines années (tableau A.2 en annexe). L'ensemble de la région passerait de 732 millions d'habitants en 2005 à 992 dès 2020, puis à 1 374 en 2040 selon l'hypothèse moyenne des Nations unies (2003b). Trois sous-régions sur quatre et une grande majorité des pays doubleront probablement leur population en

quarante ans, et certains (Niger, Mali, Burkina Faso, etc.) iront pratiquement jusqu'à la tripler. Même les pays aujourd'hui les plus avancés dans leur transition de la fécondité (Ghana, Côte d'Ivoire, Kenya par exemple) auront encore des progressions de 40 % à 50 %.

L'Afrique australe est une autre histoire. Toujours selon les projections des Nations unies, les taux de croissance qui se sont récemment effondrés seront sous peu négatifs et le resteraient jusqu'en 2040 (- 0,30 % environ entre 2010 et 2040). Les déclinés de population seront importants : de 2005 à 2040, la région passerait de 52 millions d'habitants à 47, retrouvant alors le niveau de 1995. L'Afrique du Sud et le Swaziland perdraient 10 % de leur population, le Botswana 19 %. Les effets du sida, nous le verrons, conduiront aussi à des déstabilisations radicales des structures par âge.

3. *Il y a densités et... densités*

Composée d'une cinquantaine de pays de superficie on ne peut plus inégale, l'Afrique sub-saharienne a longtemps été considérée comme sous-peuplée, disposant d'énormes espaces non occupés ou exploités. L'Afrique, il est vrai, est très diversement peuplée, avec des densités nationales de population allant actuellement de moins de 10 hab./km² (Niger, Mauritanie, Centrafrique, Gabon, Namibie, etc.) à près de 250 au Burundi et même près de 300 au Rwanda⁽⁸⁾, la moyenne sub-saharienne s'élevant à 27 (tableau A.2 en annexe).

Mais ces densités nationales cachent d'énormes inégalités internes aux pays. Au Bénin par exemple, le département côtier de l'Atlantique, où se situent la capitale et nombre des activités économiques, concentre à lui seul 25 % de la population sur 3 % du territoire, avec par ailleurs des densités rurales qui vont de 10 à 300 hab./km² selon la région. Au Kenya, 90 % de la population vit sur 20 % des terres. Au Burundi, certaines communes rurales dépassent les 350 hab./km², certaines collines en comptent plus de 700.

Par ailleurs, ces densités calculées classiquement (nombre d'habitants rapporté à la superficie totale) sont de piètres indicateurs de la relation entre pression démographique et ressources agricoles (Mathieu et Tabutin, 1996). En recalculant, comme nous l'avons fait, les densités à partir des superficies de terres arables et des cultures permanentes (tableau A.2 en annexe), la vision change totalement. Par exemple, la Mauritanie passe de 3 à 529 hab./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.

⁽⁸⁾ Sans parler des petites îles que sont les Comores (315 hab./km²), Maurice (581 hab./km²) ou la Réunion (288 hab./km²).

V. Quatre grandes situations ou modèles de transition

Dans son ensemble, l'Afrique au sud du Sahara est sans aucun doute entrée dans le processus global de la transition démographique, avec une baisse préalable de la mortalité dès les années 1950 et 1960, suivie plus récemment d'un début de recul de la natalité, mais seule une minorité de pays suivent le modèle classique, sans à-coup ni rupture ou retournement de situation.

En Afrique, coexistent actuellement quatre grandes situations ou modèles, qui apparaissent clairement en prenant 4 pays qui ont connu depuis vingt ans des histoires économiques, politiques et sanitaires diverses, le Mali, le Ghana, le Liberia et le Zimbabwe (figure 2) :

— *le modèle encore traditionnel*, illustré par le Mali, où la mortalité a reculé mais où la natalité se maintient à des niveaux très élevés (de 45 à 50 ‰). S'y rattachent une douzaine de pays, parmi les plus pauvres, de l'Ouest (Niger, Burkina Faso, Guinée), du Centre (Angola, Congo, Tchad) ou de l'Est (Ouganda, Somalie) ;

— *le modèle classique de changement*, illustré par le Ghana, où la mortalité baisse régulièrement depuis cinquante ans, la natalité diminue depuis vingt ans et la croissance ralentit tout en demeurant encore forte. Une dizaine de pays suivent ce schéma, comme le Sénégal, la Gambie, le Gabon, Sao Tomé-et-Principe, les Comores, le Soudan ou l'Érythrée ;

— *le modèle perturbé par le sida*, illustré par le Zimbabwe : fécondité et mortalité ont reculé normalement jusque vers 1990, mais le processus a été brutalement interrompu par des reprises importantes de la mortalité, conduisant, nous l'avons dit, à des réductions parfois drastiques de la croissance. Ce modèle est celui des 5 pays d'Afrique australe, d'un certain nombre de pays de l'Afrique de l'Est (Kenya, Malawi, Tanzanie, Zambie), de la Côte d'Ivoire, du Cameroun et de la Centrafrique ;

— *le modèle perturbé par des guerres*, illustré ici par le Liberia, avec des reprises brutales de mortalité dues aux conflits eux-mêmes, mais aussi à la paupérisation qui s'en suit, ainsi parfois qu'au sida. La Sierra Leone, le Congo (R.D.) sans doute, le Burundi et surtout le Rwanda (avec le génocide de 1994) entrent dans ce schéma.

Développement économique, pauvreté, politiques démographiques et sociales, pandémies comme le sida détermineront dans les deux ou trois décennies à venir les modèles de transition de chaque société, avec des chemins bien différents selon les pays.

Mais venons en plus précisément à l'examen des changements et situations de la nuptialité, de la fécondité, de la mortalité et des migrations, dont dépendent directement ces dynamiques démographiques passées ou récentes.

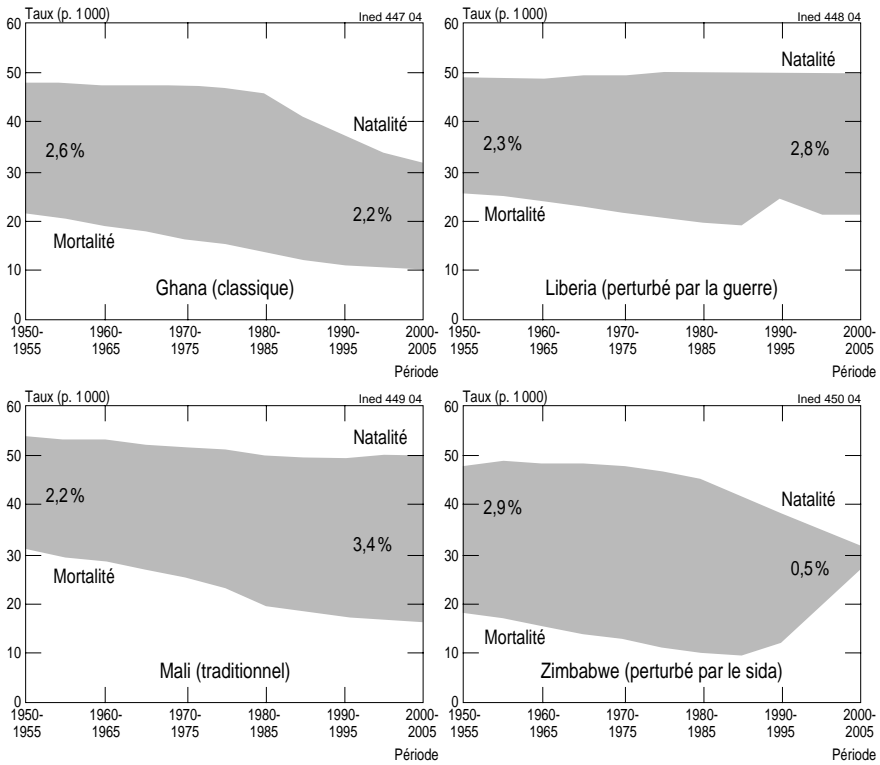


Figure 2.– Quatre modèles types de transition démographique en Afrique sub-saharienne de 1950 à 2005

Source : à partir des données des Nations unies (2003b).

VI. La nuptialité : des changements et des permanences

Dans la théorie de la transition démographique comme le plus souvent dans les faits depuis trente ans, l'évolution de la nuptialité, notamment de l'âge au premier mariage, précède celle du contrôle des naissances dans le mariage. L'âge d'entrée en union, le célibat définitif et le divorce sont par ailleurs des déterminants directs de la fécondité générale.

Globalement, les régimes traditionnels de nuptialité africains se caractérisaient par une entrée en union très précoce pour les femmes et beaucoup plus tardive pour les hommes, par un écart d'âge entre conjoints le plus élevé du monde, par un rejet du célibat, par un remariage fréquent

des femmes veuves et divorcées et par une pratique de la polygamie, omniprésente et souvent importante (Hertrich, 2001)⁽⁹⁾. Où en est-on aujourd'hui ? Le tableau A.4 (en annexe) présente pour 48 pays les âges médians au mariage des hommes et des femmes à la fin des années 1970 et des années 1990, les écarts d'âge entre époux à ces deux dates et la situation actuelle du célibat définitif et de la polygamie. Le tableau 4 en fournit une synthèse par sous-région.

1. Une augmentation généralisée de l'âge au mariage

Dans la plupart des pays, l'âge médian au premier mariage des femmes augmente, passant grosso modo de 18-19 ans vers la fin des années 1970 à 19-20 ans vers la fin des années 1990, avec des progressions fréquentes de 1 à 1,5 année. Seuls quelques pays conservent aujourd'hui un modèle de mariage précoce : le Niger (16,8 ans), le Tchad (17,7 ans), l'Ouganda (17,5 ans) et le Mozambique (17,8 ans). À l'autre extrême se situent les pays d'Afrique australe et la Réunion, qui dès les années 1970 avaient déjà adopté un modèle tardif, et où l'âge au mariage est aujourd'hui de l'ordre de 28 ans. Entre les deux, on trouve une majorité de pays dans lesquels il se situe autour de 20 ans (figure 3). En définitive,

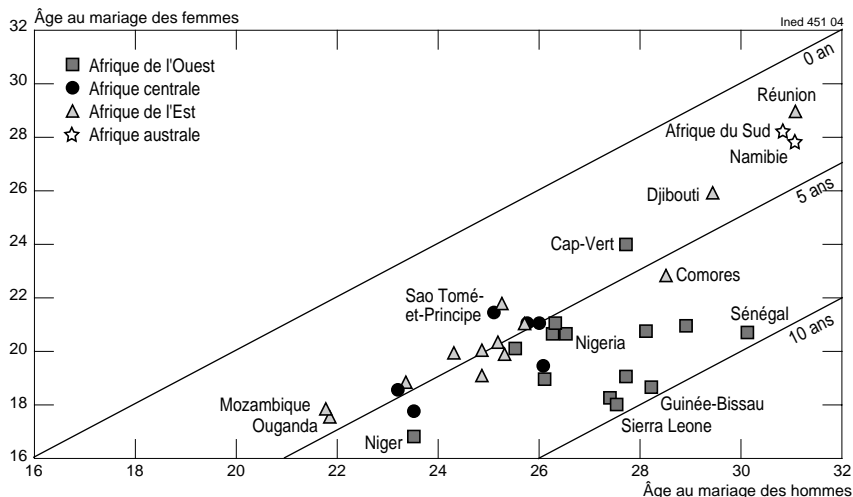


Figure 3. – Âges médians au premier mariage des femmes et des hommes à la fin des années 1990 (36 pays)

Note : les droites correspondent à des écarts d'âge de 0, 5 et 10 ans.
Source : à partir des données de V. Hertrich (2001) avec mise à jour.

⁽⁹⁾ Voir aussi Nations unies (1990), van de Walle (1996) et Lesthaeghe *et al.* (1989).

l'Afrique sub-saharienne n'a pas connu de révolution matrimoniale comparable à celle qu'a connue l'Afrique du Nord en vingt-cinq ans, même si des changements sont survenus.

Chez les *hommes*, les âges médians d'entrée en union, déjà relativement élevés dans les années 1970, ont eux aussi souvent augmenté, mais moins que chez les femmes. Dans une majorité de pays, ils sont aujourd'hui autour de 25 ou 26 ans, en dehors de l'Afrique australe et de la Réunion où ils atteignent 31 ans (tableau annexe A.4).

En corollaire, les *écarts d'âge au premier mariage entre hommes et femmes*, en moyenne très élevés dans les années 1960 et 1970 (souvent de 6 à 7 ans), ont légèrement régressé, mais demeurent encore importants dans une majorité de pays (figure 3).

2. *Le mariage demeure la règle*

Se marier demeure la norme sociale largement prédominante en Afrique, tant pour les femmes que pour les hommes. En dehors encore une fois des pays d'Afrique australe où le célibat définitif n'est plus négligeable (environ 14 % des femmes à 40-49 ans), hommes et femmes finissent presque tous par entrer en union. Dans 40 pays, le célibat masculin dépasse rarement les 4 %, le célibat féminin les 2 %. Un mouvement s'amorce néanmoins dans les capitales ou grandes villes africaines, avec une montée du célibat prolongé qui conduira peut-être à terme à davantage de célibat définitif (Antoine, 2003).

3. *Une bonne résistance de la polygamie*

L'Afrique sub-saharienne a toujours été une terre de prédilection pour cette forme de mariage, qui est l'un des piliers essentiels des structures familiales de la région. Dans les années 1960 et 1970, on en prédisait le recul, sinon la disparition, sous l'effet de l'occidentalisation, de l'éducation et du développement socio-économique, plus récemment sous l'effet de « la crise ». Les données les plus récentes, provenant de recensements ou d'enquêtes, montrent qu'on en est encore loin : la polygamie résiste relativement bien aux divers changements contextuels.

Mais son intensité, en moyenne élevée, a toujours varié à l'intérieur du continent, entre sous-régions, entre pays appartenant à une même sous-région, ou au sein des pays en fonction de l'ethnie et du milieu de résidence (Sala Diakanda, 1980 ; Klissou, 1995). C'est de loin en Afrique de l'Ouest et sahélienne (tableau 4) que de tout temps elle a été la plus répandue : actuellement, à l'exception de la Mauritanie, entre 30 % et 60 % des femmes de 35-44 ans y vivent en union polygame (tableau A.4 en annexe). Elle n'est qu'un peu moins fréquente en Afrique centrale, mais son importance est nettement plus basse et variable dans les 17 pays

TABLEAU 4. — ÂGE MÉDIAN AU PREMIER MARIAGE DES FEMMES, ÉCART D'ÂGE ENTRE ÉPOUX ET PROPORTION DE FEMMES (35-44 ANS) EN UNION POLYGAME PAR SOUS-RÉGION

Sous-région	Âge médian au premier mariage des femmes		Écart d'âge entre époux		% de femmes en union polygame à 35-44 ans vers 1999	% de femmes célibataires à 40-49 ans vers 1999
	Vers 1979	Vers 1999	Vers 1979	Vers 1999		
Afrique de l'Ouest [15]	18,0	19,5	8,5	7,5	50	0,7
Afrique centrale [9]	19,5	20,2	5,8	5,1	39	1,6
Afrique de l'Est [17]	19,5	20,6	5,0	4,8	23	1,3
Afrique australe [5]	25,8	28,0	3,7	2,9	14	14,3
Ensemble de l'Afrique sub-saharienne [46]	19,4	20,5	6,1	5,6	35	2,0

Source : tableau A.4 en annexe. Les données par sous-région sont des moyennes non pondérées des résultats nationaux. Le Cap-Vert et la Réunion ont été exclus en raison de leur situation exceptionnelle en la matière. Les chiffres entre crochets indiquent le nombre de pays par sous-région.

d'Afrique de l'Est (de 4 % à Madagascar à 39 % en Ouganda), et surtout en Afrique australe (14 %).

On observe récemment quelques mouvements quasi généralisés de recul de la polygamie, mais qui concernent essentiellement les villes et les classes sociales les plus favorisées ou instruites. Pour le moment, une Africaine sur trois (de 40 ans) vit en union polygame (tableau 4); près d'une sur deux risque toujours de passer par ce système matrimonial à un moment ou à un autre de sa vie.

4. *Le divorce et le remariage : importants mais mal connus*

Polygamie, mais aussi divorce et veuvage demeurent les grands « risques » matrimoniaux pour une femme africaine, en raison de l'instabilité des mariages (mésentente entre époux, mariages arrangés, infécondité de la femme, etc.) et de la différence d'âge parfois importante entre époux, notamment dans les unions polygames⁽¹⁰⁾. Intensité et calendrier du divorce, du veuvage et du remariage sont parmi les éléments les moins bien documentés de la démographie africaine car ils nécessitent de recueillir les biographies matrimoniales complètes des hommes et des femmes; celles-ci sont disponibles dans les quelques enquêtes EMF des années 1970 mais pas dans les nombreuses enquêtes EDS récentes⁽¹¹⁾. Il est dès lors difficile de mesurer les changements.

⁽¹⁰⁾ 15 à 20 ans d'âge peuvent séparer l'homme de sa deuxième ou de sa troisième épouse (Donadje, 1992). Une grande différence d'âge entre époux est d'ailleurs la condition démographique nécessaire au fonctionnement du système polygame.

⁽¹¹⁾ On ne peut se baser sur les proportions de veuves (veufs) ou divorcés (és) à un moment donné (observées à partir d'un recensement ou d'une enquête) dans la mesure où le remariage est fréquent et même souvent rapide.

Les quelques travaux menés sur le *divorce* dans les années 1970 et 1980 montraient tous l'importance du phénomène, mais aussi sa diversité spatiale. Selon R. Lesthaeghe *et al.* (1989), le divorce, suivi en général d'un remariage rapide, était plus fréquent en Afrique de l'Ouest (45 % à 53 % des unions rompues selon les pays) qu'en Afrique de l'Est (29 % à 34 %). Bien que peu nombreuses, les études un peu plus récentes sur l'Afrique de l'Ouest confirment l'importance du phénomène : à 30 ans de mariage, la proportion des premiers mariages féminins rompus par divorce s'élève à 35 % au Ghana, 38 % au Togo et 29 % en Mauritanie ; à Dakar, le divorce frappe une union sur trois (Antoine et Dial, 2003). Au Burkina Faso (Thiombiano, 2004), pays essentiellement rural, le divorce, moins fréquent qu'ailleurs au niveau national (16 % après 30 ans de mariage), touche une femme sur cinq dans les villes, avec des risques accrus pour les mariages précoces, les femmes instruites et les jeunes générations.

Le *veuvage* est évidemment un autre grand facteur de rupture d'union en Afrique, dans des contextes de mortalité encore élevée, de surmortalité masculine et d'écarts d'âge entre époux souvent importants. Au Burkina Faso par exemple (Thiombiano, 2004), un premier mariage sur dix est dissous par le décès de l'époux avant 20 ans de durée, un sur cinq avant 30 ans. Si l'on cumule divorce et veuvage, cela conduit à des risques de rupture d'union particulièrement élevés pour la femme, avant même la fin de sa vie féconde.

Dans la mesure où le mariage demeure une norme sociale pratiquement universelle en Afrique, ces ruptures d'union, par divorce et par veuvage, sont fréquemment suivies de *remariages*, notamment quand les femmes sont encore relativement jeunes et fécondes. Là encore, le phénomène varie à l'intérieur du continent, il est dans l'ensemble plus intense et rapide à l'Ouest qu'à l'Est ou au Sud du continent, avec des différences assez notables entre villes et campagnes ou entre groupes sociaux.

5. Des grands modèles régionaux de nuptialité

L'Afrique, culturellement et ethniquement fort diversifiée, est plurielle en matière de nuptialité, comme elle l'est en matière de structures familiales, de rapports sociaux ou de genre. Et entre pays voisins, on observe parfois des différences sensibles.

Pour les années 1970 et 1980, R. Lesthaeghe *et al.* (1989) et V. Hertrich (2001) ont dégagé quelques grands modèles régionaux de nuptialité : le Sahel et les savanes de l'Ouest et du Centre avec un âge très précoce au mariage, une importante polygamie et de grands écarts d'âge entre époux, une Afrique de l'Est avec moins de polygamie et un âge plus élevé au mariage, et une Afrique australe avec peu de polygamie, un âge déjà élevé au mariage et un célibat non négligeable en raison, entre autres, des migrations de travail.

Nous retrouvons grosso modo cette régionalisation à la fin des années 1990, vingt ans plus tard, avec des résultats certes un peu différents (tableau 4), mais avec toujours aux deux extrêmes : d'une part, l'Afrique de l'Ouest, la région la plus polygame du monde et à écarts d'âge entre époux importants et, d'autre part, l'Afrique australe dans un tout autre schéma (mariage tardif, célibat important, peu de polygamie, de faibles différences d'âge entre époux).

Il conviendra de garder à l'esprit l'importance de ces disparités spatiales et culturelles en matière de mariage lors de l'examen des niveaux et tendances de la fécondité générale.

VII. La fécondité : des déclin qui s'amorcent peu à peu à des rythmes inégaux

La fécondité dans l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne baisse depuis une quinzaine d'années : jusqu'en 1985, elle était restée autour de 6,7 enfants par femme (tableau A.5 en annexe), avant de passer à 6,1 en 1990-1994 et 5,4 en 2000-2004. Ce mouvement récent de recul se généralise peu à peu mais à des rythmes très variables selon les pays, dans un contexte également marqué par une demande d'enfants élevée et des disparités sociales croissantes dans les pays.

1. La diversité des rythmes de déclin

La figure 4, qui compare les indices synthétiques de fécondité dans 48 pays en 1960-1964 et 2000-2004⁽¹²⁾, montre clairement qu'on est loin, aujourd'hui, de l'homogénéité des années 1960 où dans pratiquement tous les pays, les femmes avaient entre 6 et 7,5 enfants⁽¹³⁾. Depuis, on observe des déclin très rapides en Afrique australe (Afrique du Sud, Zimbabwe, Botswana), au Ghana et au Kenya et dans des pays insulaires (Maurice, Cap-Vert) ainsi qu'à la Réunion, des déclin beaucoup plus lents dans une vingtaine de pays (où la fécondité baisse grosso modo d'un enfant par femme en trente ans), mais aussi des stagnations ou même de légères augmentations dans une quinzaine d'États. Ces derniers, où la fécondité est toujours autour de 7 enfants par femme, se situent essentiellement en Afrique centrale et de l'Ouest, le Niger détenant le record mondial de fécondité (8 enfants par femme). Hormis les rares exceptions précitées, la fécondité des femmes africaines est passée, selon les pays, de 6 à 8 enfants dans les années 1960 à 2,6 à 8,0 aujourd'hui.

⁽¹²⁾ Les données de base par pays sont issues du tableau annexe A.5.

⁽¹³⁾ En dehors de quelques États où la stérilité était alors élevée, notamment le Gabon et la Centrafrique, ou des régions comme le Nord du Congo R.D. ou du Cameroun (Egina, 1994; Larsen, 1994).

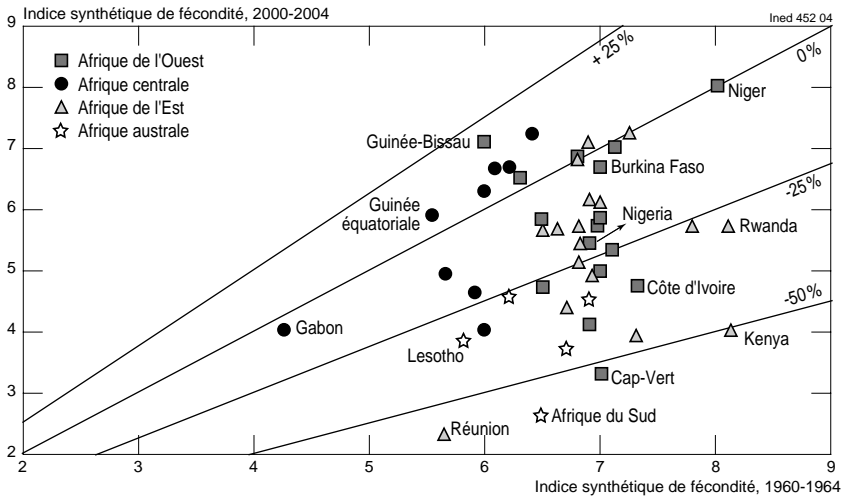


Figure 4. – Évolution de l'indice synthétique de fécondité de 1960-1964 à 2000-2004 dans 48 pays d'Afrique sub-saharienne (nombre d'enfants par femme)
 Note : les diverses droites correspondent aux rythmes de croissance et de déclin indiqués.
 Source : à partir des données des Nations unies (2003b).

2. Une fécondité dans l'ensemble toujours précoce

La fécondité en Afrique au sud du Sahara était traditionnellement caractérisée par sa précocité. Trois indicateurs permettent d'en mesurer l'intensité actuelle dans les 30 pays qui ont effectué au moins une enquête EDS depuis 1994 (tableau annexe A.6) : l'âge médian à la première naissance, la proportion d'adolescentes (15-19 ans) qui sont déjà mères ou enceintes au moment de l'enquête, et la proportion de la fécondité totale réalisée avant 25 ans.

Lié en partie à l'âge d'entrée en union⁽¹⁴⁾, l'âge médian à la première naissance pour l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne est de 19,7 ans (une Africaine sur deux a son premier enfant avant 20 ans), avec des moyennes régionales qui vont de 18,9 ans en Afrique centrale à 20,9 ans (seulement) en Afrique australe. Dans la majorité des pays, il se situe à 19 ou 20 ans révolus (tableau 5), quatre seulement étant juste au-delà de 21 ans : les Comores, l'Érythrée, la Namibie et le Rwanda où, avec le Burundi, de tout temps l'âge au mariage a été plus élevé et les conceptions hors mariage plus rares. En excluant quelques petits pays, comme Maurice, et la Réunion, l'Afrique a toujours une fécondité précoce, sans guère de changements importants.

⁽¹⁴⁾ En partie seulement car les conceptions pré-nuptiales ou les naissances hors mariage ne sont pas rares dans nombre de pays.

L'importance de *la fécondité des adolescentes* le confirme clairement : la proportion de jeunes filles de 15-19 ans déjà mères ou enceintes, âgées de 17,5 ans en moyenne, est de 25 % pour l'ensemble de la région, allant de 19 % en Afrique australe à 34 % en Afrique centrale. Dans une majorité de pays, cette proportion dépasse 25 % (tableau 5), notamment dans des pays sahéliens proches de 40 % (Mali, Niger, Tchad), mais aussi Madagascar et le Mozambique. À l'autre extrême, on trouve le Ghana (14 %), les Comores (9 %) et le Rwanda (7 %).

TABLEAU 5. – NOMBRE DE PAYS PAR SOUS-RÉGION SELON L'ÂGE MÉDIAN À LA PREMIÈRE NAISSANCE ET LA PROPORTION D'ADOLESCENTES (15-19 ANS) AYANT COMMENCÉ LEUR VIE FÉCONDE

Sous-région	Âge médian à la première naissance			% d'adolescentes ayant débuté leur vie féconde ^(a)			Nombre total de pays
	< 19 ans	19-20 ans	≥ 21 ans	< 15%	15-24 %	≥ 25%	
Afrique de l'Ouest	3	9	–	1	5	6	12
Afrique centrale	2	2	–	–	–	4	4
Afrique de l'Est	2	7	3	3	3	6	12
Afrique australe	–	1	1	–	2	–	2
Total Afrique sub-saharienne	7	19	4	4	10	16	30

^(a) Proportion de femmes de 15-19 ans déjà mères ou enceintes au moment de l'enquête.
 Source : tableau A.6 en annexe. Dernières enquêtes EDS depuis 1994.

Quant à *la part de la descendance réalisée avant 25 ans*⁽¹⁵⁾, elle est autour de 35 % dans une grande majorité de pays (tableau annexe A.6), avec aux extrêmes la Namibie (20 %) et le Mozambique (40 %).

Calendrier précoce de la fécondité (dans ou hors mariage) et fécondité élevée des adolescentes sont toujours deux des grandes caractéristiques des fécondités africaines.

3. Une demande d'enfants qui recule mais demeure élevée

Dans la grande majorité des pays et des sociétés, le désir d'enfants est toujours puissant et l'image de la famille nombreuse valorisée, même si dans l'ensemble la demande d'enfants recule depuis une quinzaine d'années. Par exemple, dans des contextes très différents, le nombre idéal d'enfants chez les femmes de 15-49 ans est passé en une dizaine d'années de 6,8 à 5,3 enfants au Sénégal, de 6,9 à 6,2 au Mali, de 5,3 à 4,3 au Ghana et de 4,4 à 3,8 au Kenya⁽¹⁶⁾. Mais calculé pour les femmes de 25-34 ans (en pleine activité féconde) dans les 30 pays ayant une EDS récente (entre 1995 et 2002), il s'élève encore à 5,4 enfants en moyenne, un chiffre élevé comparé à l'idéal de 2,8 enfants de l'Asie et de l'Amérique latine et de

⁽¹⁵⁾ Proportion qui, elle, dépend aussi du niveau total de la fécondité.

⁽¹⁶⁾ Données issues d'enquêtes EDS comparatives faites vers 1988 et 1998.

3,0 enfants de l'Afrique du Nord. Cette fécondité idéale des jeunes générations (25-34 ans) est d'ailleurs de même niveau que la fécondité du moment, mais nettement plus basse que la descendance réalisée des femmes de 45 ans (6,4 enfants).

Cette demande d'enfants varie bien sûr selon les sous-régions (de 3,9 en Afrique australe à 5,6 en Afrique de l'Ouest) et selon les pays. Dans 12 pays sur 30 (tableau annexe A.6), la fécondité désirée est encore supérieure à la fécondité réalisée (ISF); dans les 18 autres, elle est soit semblable, soit sensiblement inférieure.

Certes, des changements sont en cours : la demande d'enfants est plus basse aujourd'hui qu'hier, les proportions de femmes qui déclarent à un âge ou une parité donnée ne plus vouloir d'enfants augmentent, la variabilité sociale (selon le niveau d'instruction par exemple) et régionale s'affirme, suivant en cela la géographie de la fécondité. Comme nous l'écrivions dès 1997 (Tabutin, 1997) :

« Cela reflète bien quelques mutations idéologiques, mais pas encore une transformation radicale et irréversible des opinions et des normes, comme ont pu en connaître d'autres régions du monde en une quinzaine d'années. L'Afrique rurale et pauvre notamment demeure toujours très nataliste. »

4. Une diversification sociale et régionale des modèles de reproduction dans les pays

Toutes les sociétés et régions du monde passent ou sont passées dans leur histoire démographique par une phase de croissance des disparités régionales et des inégalités sociales. Dans toute dynamique de changement social ou de crise, il est toujours des groupes sociaux (ou des régions) en avance sur d'autres, des groupes culturellement plus ouverts ou moins résistants, des groupes économiquement plus touchés par la crise ou le progrès, des groupes plus influents que d'autres. Cela conduit à différents modèles d'adaptation ou de réponse à la crise comme au progrès, en d'autres termes à une diversification des stratégies de vie (ou de survie), y compris la fécondité. À des degrés divers selon les pays, l'Afrique est désormais entrée dans cette phase d'hétérogénéité ou d'inégalités internes croissantes. Et comme dans bien d'autres sociétés du monde, les transitions de la fécondité passent par la ville, l'instruction et le groupe social. En guise d'illustration, le tableau 6 présente les différences de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction dans six pays qui en sont aujourd'hui à des stades différents de transition.

Mondes urbains et ruraux sont aujourd'hui bien distincts et dans l'ensemble, on est loin des fécondités voisines entre villes et campagnes que l'on observait dans les années 1970. Dans tous les pays, les fécondités sont sensiblement plus faibles en ville (Shapiro et Tambashe, 2003a)⁽¹⁷⁾ : elles se situent souvent entre 3 et 4 enfants, contre 5 à 6 enfants en milieu

(17) En dehors de quelques pays comme le Niger et le Tchad.

rural (tableau 6). Dans les capitales et les grandes villes notamment, la fécondité est nettement plus basse qu'ailleurs, la demande d'enfants moins élevée, le mariage plus tardif, la polygamie moins répandue, et, nous le verrons, les durées d'allaitement et d'abstinence *post-partum* sont plus courtes tandis que la contraception est plus fréquente. Même dans les pays avancés dans leur transition de la fécondité (Ghana, Kenya et Zimbabwe dans le tableau 6), les écarts entre la capitale et le monde rural vont encore de 1 à 2.

TABLEAU 6. – ÉVOLUTION DES INDICES SYNTHÉTIQUES DE FÉCONDITÉ SELON LE MILIEU D'HABITAT ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION DES FEMMES DANS SIX PAYS QUI EN SONT À DES STADES DIFFÉRENTS DE TRANSITION (NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME)

Pays et date de l'enquête EDS	Milieu d'habitat			Niveau d'instruction			Total
	Capitale	Autres villes	Rural	Illettrée	Primaire	Secondaire ou plus	
Mali							
1987	5,4	6,4	7,0	6,8	6,2	–	6,7
2001	4,9	6,3	7,3	7,1	6,6	4,1	6,8
Côte d'Ivoire							
1994	4,1	5,5	6,4	6,2	5,3	3,8	5,7
1999	3,4	4,9	6,0	6,1	4,7	2,3	5,2
Cameroun							
1991	4,4 ^(a)	5,6	6,3	6,2	6,4	4,5	5,8
1998	3,1 ^(a)	4,5	5,8	6,6	5,3	3,6	5,2
Ghana							
1988	4,5	5,6	6,6	6,7	6,0	3,6	6,4
1998	2,7	3,4	5,4	5,8	4,4	2,8	4,6
Kenya							
1989	4,2	5,0	7,1	7,5	6,9	4,8	6,7
1998	2,6	3,5	5,2	5,8	5,0	3,5	4,7
Zimbabwe							
1988		3,9	6,1	6,7	5,7	3,7	5,3
1999		2,9	4,6	5,2	4,5	2,8	3,9

^(a) Moyennes sur Yaoundé et Douala.

Source : rapports nationaux des enquêtes EDS.

De même, le rôle de l'*instruction* s'affirme partout, comme dans les autres régions du monde. En dehors de quelques rares pays en régime pré-transitionnel (Niger, Tchad ou Mali), le simple fait d'avoir suivi un enseignement primaire modifie déjà sensiblement les normes et les comportements, mais c'est surtout l'accès au niveau secondaire (ou plus) qui, pour le moment, conduit à une chute brutale de la fécondité (autour de 3 enfants dans de nombreux pays). L'instruction, nous le verrons, modifie radicalement le rôle des variables intermédiaires que sont notamment l'allaitement, l'abstinence et la contraception.

De même un peu partout les *différences régionales* de fécondité s'accroissent dans les pays, conséquence des inégalités souvent impor-

tantes de développement culturel, économique, éducatif ou sanitaire. Par exemple, en excluant les régions-capitales, la fécondité va aujourd'hui d'une région à l'autre de 5,0 à 6,9 enfants par femme au Bénin, de 4,4 à 6,6 au Cameroun et de 3,7 à 5,7 au Kenya. La relative homogénéité spatiale des années 1970 et 1980 est bien révolue.

5. Développement humain et mortalité des enfants : les meilleures corrélations avec la fécondité

Divers travaux portant sur la situation africaine au début des années 1990⁽¹⁸⁾ ont déjà mis en évidence l'existence d'une relation étroite entre la fécondité et l'indicateur de développement humain⁽¹⁹⁾, ainsi qu'entre la fécondité et la mortalité des enfants⁽²⁰⁾. Les figures 5 et 6 présentent ces relations synchroniques vers 2002, sur la base des estimations les plus récentes faites par les Nations unies de la fécondité et de la mortalité infantile dans les 48 pays d'Afrique sub-saharienne (tableaux annexes A.5 et A.8).

Il n'y a pas eu de changement notable en dix ans, et l'on obtient des corrélations significatives du même ordre de grandeur en 2002 ($R^2=0,62$ pour le développement humain, $R^2=0,70$ pour la mortalité infantile). Globalement, plus l'indicateur de développement humain d'un pays est bon, plus la fécondité est basse; plus la mortalité infantile est contrôlée, plus la fécondité est faible. En d'autres termes, il n'y a pas eu de transition de la fécondité sans recul de la mortalité des enfants et sans progrès socio-économiques et sanitaires. En cela, l'Afrique suivrait actuellement le chemin classique de la théorie de la transition démographique. Mais seules les situations extrêmes sont claires : la dizaine de pays les plus pauvres de la région ont tous des fécondités supérieures à 6 enfants par femme, alors que dans les 6 ou 7 pays les plus « développés » elles se situent de 2,2 à 3,9 enfants. Entre les deux, il y a de l'incertain et de la diversité⁽²¹⁾. En Afrique comme ailleurs, les chemins menant d'une forte fécondité à une basse fécondité seront sans doute multiples.

(18) Voir entre autres D. Tabutin (1997) sur 30 pays vers 1990, et D. Tabutin et B. Schoumaker (2001) sur 160 régions d'Afrique sub-saharienne.

(19) Indicateur qui, rappelons-le, combine l'espérance de vie, le PIB/habitant et le niveau d'instruction.

(20) Les corrélations avec d'autres variables comme le degré d'urbanisation, la part des actifs non agricoles ou le niveau d'instruction étant, elles, moins élevées.

(21) Par exemple, pour une mortalité infantile de 100 %, les fécondités vont de 4 à 7 enfants selon les pays; pour un indicateur de développement humain de 0,400, elles vont de 4 à 7.

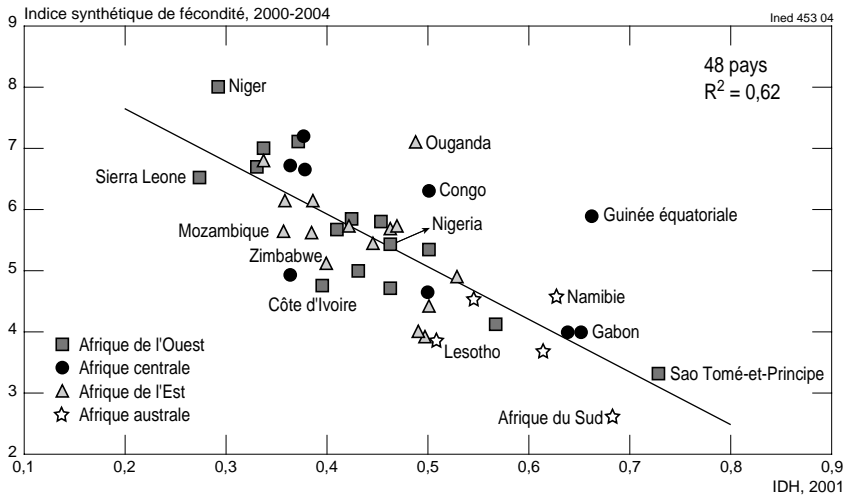


Figure 5. – Relation entre l'indice synthétique de fécondité et l'indice de développement humain dans 48 pays vers 2002

Source : à partir des données des Nations unies (2003b) et du PNUD (2003).

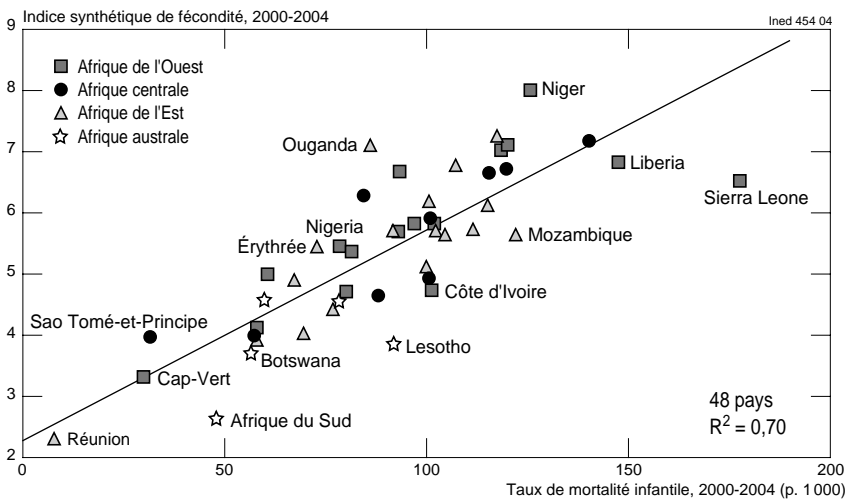


Figure 6. – Relation entre l'indice synthétique de fécondité et la mortalité infantile dans 48 pays vers 2002

Source : à partir des données des Nations unies (2003b).

VIII. De l'allaitement et de l'abstinence à la contraception ?

Peut-être plus qu'ailleurs, les diverses sociétés et cultures africaines étaient et, pour bon nombre d'entre elles, sont encore acquises à l'idée d'un intervalle raisonnable entre naissances vivantes, ni trop court, ni trop long, qui était reconnu comme un « moyen rationnel d'assurer le bien-être de la mère et de son nourrisson » (van de Walle et van de Walle, 1988), sans qu'il ait été visé dans le passé une limitation de la descendance (Page et Lesthaeghe, 1981). Cette stratégie d'espacement était traditionnellement assurée par un allaitement prolongé, conduisant à de longues périodes d'aménorrhée *post-partum*, par une abstinence sexuelle largement répandue mais variable selon les ethnies, et bien sûr par des pratiques traditionnelles (et peu efficaces) de contraception. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Traditionnellement de l'ordre de 3 années dans la plupart des cultures africaines, les *intervalles entre naissances* n'ont guère connu d'évolution notable (tableau annexe A.6) : en dehors du Zimbabwe et de l'Afrique du Sud où ils sont désormais plus élevés (plus de 40 mois en raison d'une contraception d'espacement), ils se situent toujours dans la plupart des pays autour de 34 mois⁽²²⁾, entre 29 mois aux Comores et 38 mois au Ghana.

1. Un allaitement toujours universel et long

Dans son ensemble, l'Afrique sub-saharienne a maintenu la pratique d'un allaitement universel et long : toutes les femmes allaitent et, pour une bonne partie d'entre elles, le plus longtemps possible. Dans 23 pays sur 30 (tableau annexe A.7), la durée médiane d'allaitement atteint plus de 20 mois à la fin des années 1990⁽²³⁾. En Afrique du Sud et en Namibie, elle est encore respectivement de 16 et 17 mois. La moyenne de l'Afrique noire (21 mois, tableau 7) est bien au-delà, selon nos estimations, de celle de l'Amérique latine (13 mois) ou de l'Afrique du Nord (12 mois).

Les résultats des enquêtes EDS des années 1980, 1990 ou 2000 montrent que les durées d'allaitement n'ont pratiquement pas changé au niveau national. En revanche, elles sont souvent plus courtes dans les villes que dans les campagnes, chez les femmes instruites que chez les illettrées... Cela pourrait augurer de changements prochains, mais sans rupture brutale. En attendant, l'allaitement contribue toujours largement à l'allongement de l'intervalle intergénéral.

(22) Avec peu de différences en la matière entre sous-régions : 34,2 mois en Afrique de l'Ouest, 31,9 mois en Afrique centrale et 33,0 mois en Afrique de l'Est (nos propres calculs à partir du tableau annexe A.6).

(23) Seuls le Cap-Vert et le Gabon se caractérisent par des durées « courtes », de l'ordre néanmoins d'une année.

2. Une abstinence sexuelle diversifiée et en recul

De tout temps, le respect d'une durée d'abstinence sexuelle entre époux suite à une naissance a été une pratique courante, mais dont la durée varie selon les cultures, les ethnies et les religions. En dehors du Rwanda et du Burundi, où elles ont toujours été très courtes, ces abstinenances *post-partum* sont actuellement de 2 à 4 mois dans une dizaine de pays (dont le Sahel musulman), de 9 à 12 mois dans 7 autres, et atteignent encore 19 mois au Burkina Faso et 22 mois en Guinée (tableau annexe A.7). Comme dans les années 1970 et 1980, elles sont globalement plus longues à l'Ouest et au Centre qu'à l'Est et au Sud du continent (tableau 7). Avec une durée moyenne d'abstinence de l'ordre de 7 mois, l'Afrique subsaharienne se situe bien au-delà des autres régions en développement où elle est de 2 à 3 mois.

Si l'allaitement se maintient, l'abstinence, elle, est une pratique en pleine évolution, sa durée diminuant dans bon nombre de pays depuis une quinzaine d'années : elle est passée de 14 à 8 mois au Ghana, de 7 à 2 au Mali, de 6 à 3 au Kenya, de 4 à 3 au Zimbabwe. L'abstinence *post-partum* est sans doute la norme la plus sensible aux changements contextuels : c'est partout dans les grandes villes, chez les couples instruits ou les classes sociales les plus favorisées que sa durée recule le plus. Par exemple, au Bénin en 2001 (tableau 8), un pays pourtant pauvre et en tout début de transition, l'abstinence n'est plus que de 5 mois à Cotonou (la plus grande ville) et de 4 mois chez les femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire, contre 10 mois en milieu rural et 13 mois chez les illettrées.

Tout en évoluant, ces pratiques *post-partum* d'allaitement et d'abstinence sexuelle demeurent nettement plus longues et répandues en Afrique que dans le reste du monde. Elles conduisent encore à de longues *périodes d'insusceptibilité post-partum*⁽²⁴⁾ (12 mois au Kenya, entre 14 et 16 mois au Ghana, Mali et Bénin, 19 mois en Côte d'Ivoire). Dans une grande majorité de pays, elles sont encore le principal régulateur de la fécondité en l'absence de diffusion importante de la contraception⁽²⁵⁾.

3. La contraception moderne : de lents progrès

L'Afrique n'est plus dans la situation des années 1970 ou 1980 où en dehors de quelques rares pays (Maurice, Cap-Vert, Afrique du Sud, Zimbabwe), le recours à la contraception était négligeable, avec des prévalences comprises entre 1 % et 5 % chez les femmes mariées. Depuis, il y a

⁽²⁴⁾ Définie comme la période pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse, par suite d'aménorrhée et/ou par abstinence sexuelle.

⁽²⁵⁾ Voir par exemple sur ce point les travaux de C. Jolly et J. Gribble (1996) appliquant le modèle de Bongaarts aux données de 12 pays au début des années 1990.

TABLEAU 7. – ALLAITEMENT, ABSTINENCE SEXUELLE *POST-PARTUM*,
CONTRACEPTION MODERNE ET STÉRILITÉ PAR GRANDE SOUS-RÉGION VERS 2000

Sous-région	Durée médiane d'allaitement (en mois)	Durée médiane d'abstinence sexuelle (en mois)	Prévalence de la contraception moderne en % ^(a)	% de femmes mariées de 40-49 ans sans enfant né vivant
Afrique de l'Ouest [11]	21,9	10,0	7	2
Afrique centrale [4]	18,2	8,9	6	6
Afrique de l'Est [11]	23,0	4,1	13	2
Afrique australe [3]	17,5	4,5	44	3
Ensemble Afrique sub-saharienne [29]	21,4	7,0	13	3

^(a) Toutes femmes en union (15-49 ans).

Source : tableau A.7 en annexe (30 pays). Les données par sous-région et pour l'ensemble sont des moyennes non pondérées des résultats nationaux. Le Cap-Vert, avec un allaitement beaucoup plus court et une contraception très élevée, a été exclu de l'Afrique de l'Ouest, le Zimbabwe a été intégré à l'Afrique australe. Les chiffres entre crochets sont le nombre de pays par sous-région.

TABLEAU 8. – ÂGE AU PREMIER MARIAGE, ALLAITEMENT, ABSTINENCE SEXUELLE *POST-PARTUM*, CONTRACEPTION MODERNE
ET FÉCONDITÉ AU BÉNIN SELON LE MILIEU D'HABITAT ET L'INSTRUCTION DES FEMMES EN 2001

Variables	Milieu d'habitat			Niveau d'instruction			Total
	Cotonou	Autres villes	Rural	Illettrée	Primaire	Secondaire ou plus	
Âge médian à la première union	22,4	19,0	18,0	18,1	19,6	23,6	18,8
Durée médiane d'allaitement (mois)	19	22	23	23	21	20	22,0
Durée médiane d'abstinence (mois)	5	13	10	13	6	4	9,0
Prévalence de la contraception moderne (%) ^(a)	12	9	6	5	9	20	7,0
Indice synthétique de fécondité	3,4	4,9	6,4	6,3	4,9	3,5	5,6
Poids relatif de chaque groupe (%)	15	26	59	64	22	14	100,0

^(a) Toutes femmes en union de 15 à 49 ans.

Source : rapport EDS du Bénin (2002).

eu des progrès réels, mais dans l'ensemble lents et souvent limités aux grandes villes et aux groupes sociaux les plus instruits ou favorisés.

Vers 2000, la prévalence de la contraception moderne chez les femmes en union de 15-49 ans n'atteint pas 8 % dans 15 pays (sur les 30 figurant dans le tableau annexe A.7), 6 sont entre 8 % et 15 %, 5 entre 15 % et 30 %. Seuls 3 pays (Cap-Vert, Afrique du Sud et Zimbabwe) frôlent ou dépassent les 50 %⁽²⁶⁾. Il y a des changements un peu partout, mais le plus souvent timides : en dix ans, le Mali par exemple est passé de 1 % à 6 %, le Bénin de 2 % à 7 %, le Ghana de 5 % à 13 %, le Cameroun et la Côte d'Ivoire de 4 % à 7 %.

En dehors de quelque 7 ou 8 pays, l'Afrique est encore loin d'avoir véritablement entamé sa révolution contraceptive, mais on la voit poindre dans les grandes villes ou les capitales. Dans certaines d'entre elles, la prévalence de la contraception moderne n'atteint encore qu'autour de 15 % (Cotonou, Yaoundé, Abidjan, Libreville, etc.), mais dans d'autres elle est proche de 25 % (Ouagadougou, Dakar) ou dépasse déjà largement 35 % (Addis-Abeba, Nairobi, etc.). Les couples les plus instruits (niveau secondaire ou plus), mais minoritaires dans les pays, sont partout entre 30 % et 50 % à y recourir. Même si elle est encore souvent mal diffusée par les structures sanitaires parmi les femmes non mariées, la contraception pénètre peu à peu aussi dans cette population, mais à un rythme variable d'un pays à l'autre.

Ce n'est plus aujourd'hui un problème de connaissance des méthodes (les progrès en la matière ont, eux, été très importants)⁽²⁷⁾, mais bien un problème à la fois de demande de la part d'une grande majorité de la population (nous l'avons dit, le désir d'enfants est toujours fort chez les femmes et davantage encore chez les hommes) et d'offre de services (en termes d'accessibilité géographique ou culturelle et de qualité).

En matière de contraception, l'Afrique présente jusqu'à présent deux grandes différences avec ce qui se passe ou s'est passé en Asie ou en Amérique latine : 1) quand la contraception est pratiquée dans le mariage, elle l'est encore essentiellement dans un souci d'espacement, prenant en quelque sorte le relais de l'abstinence ; 2) dès lors, elle repose sur des méthodes non définitives (pilule, DIU, Ogino, etc.) tandis qu'il y a très peu de recours à la stérilisation féminine et pas de vasectomie. En dehors de l'Afrique australe ou du Kenya, rares sont les pays où les pratiques d'arrêt définitif de la fécondité sont répandues. Dans leur grande majorité, les cultures africaines ont toujours une aversion pour la stérilité, la sous-fécondité, l'infécondité précoce... Un peu partout la proportion de femmes qui déclarent ne plus vouloir d'enfants augmente sensiblement avec l'âge, mais un grand décalage persiste encore entre les désirs exprimés, les attentes réelles et les changements de comportements.

⁽²⁶⁾ Auxquels il faudrait ajouter Maurice, la Réunion et peut-être le Botswana qui, faute de données récentes, ne figure pas dans le tableau annexe A.7.

⁽²⁷⁾ Dans pratiquement tous les pays, entre 80 % et 95 % des femmes mariées connaissent au moins une méthode moderne.

Globalement et sans grande surprise, la pratique contraceptive moderne est négativement associée à la fécondité⁽²⁸⁾, même si son niveau général est encore faible (13 %). Mais la relation n'est pas aussi claire et parfaite que dans d'autres parties du monde (figure 7).

On observe en effet une grande diversité de situations : pour une fécondité actuelle de 6 enfants par femme, les prévalences vont de 5 % à 25 % ; à prévalence faible, les fécondités nationales vont de 4 à 6 enfants. Des pays comme le Ghana, la Mauritanie ou l'Érythrée ont réalisé une première transition de la fécondité (de 6 à 4,5 enfants) sans grande pénétration de la contraception. Mieux, dans des villes comme Lomé, Yaoundé et Douala, Accra ou Abidjan la fécondité est tombée à 3 enfants avec peu de recours à la contraception (de 10 % à 15 % seulement parmi les femmes mariées), tandis que dans d'autres villes, ce même niveau de fécondité a été atteint avec des prévalences plus ordinaires de 30 % à 40 %. En dehors de l'Afrique australe, de pays comme le Kenya, le Cap-Vert et de la Réunion, cela confirme le rôle fort variable et parfois encore peu important de la contraception dans la régulation de la fécondité.

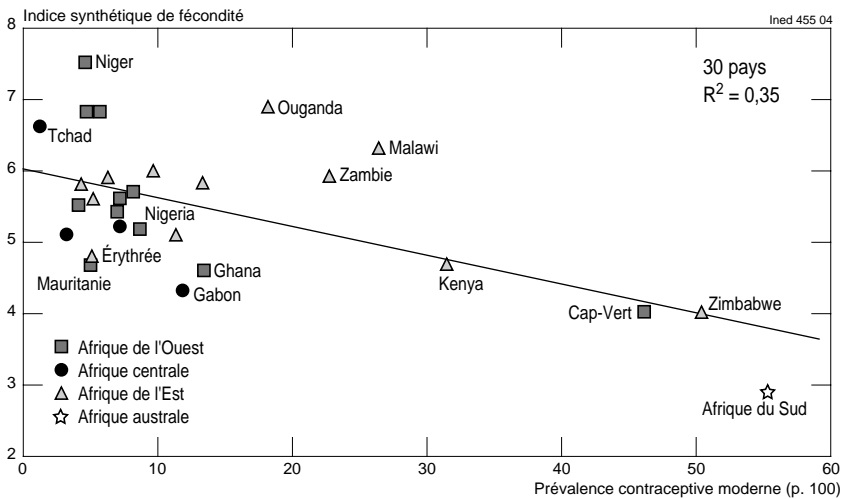


Figure 7. – Relation entre l'indice synthétique de fécondité et la prévalence contraceptive moderne (femmes en union 15-49 ans) dans 30 pays vers 2000

Source : à partir des données des rapports nationaux des dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS).

(28) Par rapport aux autres variables intermédiaires (allaitement, abstinence, âge au mariage), elle était aussi et de loin la variable la plus étroitement associée à la fécondité ($R^2 = 0,56$) dans l'étude de D. Tabutin et B. Schoumaker (2001) sur 161 régions d'Afrique.

4. *L'avortement provoqué?*

Sans doute encore davantage que dans d'autres régions du monde, l'avortement est en Afrique un sujet tabou, mal connu et peu abordé dans les enquêtes classiques. On en soupçonne l'importance dans les reculs de la fécondité, notamment dans les villes, mais rares sont les études qui ont pu véritablement le prendre en compte. Selon une revue récente et complète de littérature sur l'Afrique (Guillaume, 2003a), l'avortement ne concernerait pas que des femmes jeunes et célibataires, il serait aussi un moyen non négligeable de régulation du nombre d'enfants chez les femmes en union : « il serait plus une procédure d'espacement des naissances que d'arrêt de constitution de la descendance ».

À partir d'une enquête spécifique effectuée en 1998 auprès de 2400 femmes vivant à Abidjan, A. Guillaume (2003b) a pu mesurer l'impact de l'avortement sur la fécondité. En 1998, il réduit l'indice synthétique de fécondité (entre 15 et 44 ans) de 12 %, soit de 0,6 enfant par femme, la baisse étant variable selon l'âge (– 22 % à 15-19 ans, – 16 % à 20-24 ans et – 9 % à 25-39 ans). Dans le recul de la fécondité survenu dans cette ville entre 1994 et 1999, le recours à l'avortement a pratiquement eu autant d'impact que l'augmentation de l'âge au mariage et de la contraception.

Lié à des raisons économiques, culturelles et sociales diverses selon les pays, le recours à l'avortement certainement croissant dans nombre de villes africaines a – et aura – des conséquences non seulement sur la fécondité, mais aussi sur la morbidité et la mortalité maternelles, en l'absence de légalisation des interruptions volontaires de grossesse et de structures de santé adéquates.

IX. Mortalité générale et espérances de vie : contrastes et retournements

L'Afrique, terre de contrastes, a enregistré de 1950 à 1990 des progrès de l'espérance de vie et de l'état de santé variables selon les pays. Cependant, la situation africaine est aussi marquée par des retournements, 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 pour l'interprétation de la mortalité générale. Très peu de pays disposent en effet de bonnes données en matière de mortalité par sexe, âge et cause de décès, en particulier pour les adultes. La plupart des espérances de vie nationales depuis 1950 sont issues des estimations faites par la Division de la population des Nations unies, souvent les seules qui soient disponibles et comparables⁽²⁹⁾. Les données par pays sont présentées dans le tableau annexe A.8.

1. Les progrès de 1950 à 1990

Partant d'espérances de vie particulièrement basses dans les années 1950 (37 ans pour la région entière), tous les pays africains ont progressé sensiblement dans les années 1960, 1970 et 1980, avec des gains moyens annuels d'espérance de vie souvent de l'ordre de 0,30 année (tableau 9). Mais pendant ces quarante 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.

TABLEAU 9. – ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE DEPUIS LES ANNÉES 1950, MORTALITÉ MATERNELLE ET PRÉVALENCE DU VIH VERS 2001 PAR SOUS-RÉGION

Sous-région	Espérance de vie (en années)				Taux de mortalité maternelle en 2000 ^(a)	Taux (%) de prévalence du VIH en 2002 ^(b)
	1950-1954	1970-1974	1990-1994	2000-2004		
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	10,1
Afrique australe	44,5	53,2	61,3	46,4	310	29,2
Ensemble Afrique sub-saharienne	36,7	44,7	48,6	45,7	870	10,4
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

^(a) Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

^(b) Hommes et femmes âgés de 15-49 ans. Le taux de prévalence du VIH mesure la proportion de personnes qui vivent avec le VIH, qu'elles soient ou non malades du sida.

Sources : tableaux annexes A.8 et A.10. 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 en Afrique.

Ces progrès enregistrés jusque vers la fin des années 1980 ont été divers d'un pays à l'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 A.8) allaient déjà de 30 ans (Angola, Sierra Leone, Gambie) à 51 ans à Maurice et près de 53 ans à la Réunion ; vers 1990, elles allaient de moins de 40 ans (dans des pays touchés par la guerre, comme la Sierra Leone, le Burundi, l'Angola) à 66 ans (Cap-Vert, Sao

⁽²⁹⁾ Ces estimations sont le plus souvent basées actuellement 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. Elles intègrent aussi les risques liés au sida dans les pays les plus touchés (pour plus de détails, voir Nations unies, 2002c). Dès lors, compte tenu de la fiabilité relative de ces données, nous renonçons ici à présenter les inégalités de mortalité entre hommes et femmes dans les différents pays. Nous y viendrons cependant pour ce qui concerne les enfants.

Tomé-et-Principe), atteignant même 70 ans à Maurice et 73,5 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 au cours de la décennie 1990.

2. *Stagnations et retournements spectaculaires depuis 1990*

De 1990-1994 à 2000-2004, toujours selon les estimations des Nations unies (tableau annexe A.8), l'espérance de vie régionale a stagné en Afrique de l'Ouest (à 50 ans), reculé de près de 3 ans en Afrique centrale et en Afrique de l'Est (43 ans en 2002) et s'est effondrée de 15 ans en Afrique australe qui retrouve aujourd'hui son espérance de vie de 46 ans en 1955 ! Sur les 48 pays au total, 20 (dont une dizaine en Afrique de l'Ouest) connaissent encore quelque recul de la mortalité, plus lent cependant qu'auparavant. En revanche, depuis le début des années 1990, la durée de vie moyenne a stagné dans 7 pays (Bénin, Nigeria, Éthiopie,...), elle a baissé de 1 à 5 ans dans 7 pays (Togo, Mozambique, Tanzanie,...), de 5 à 12 ans dans 5 pays (Côte d'Ivoire, Cameroun, Kenya,...), et dans près d'une dizaine d'autres (d'Afrique australe notamment), de 12 à... 25 ans⁽³⁰⁾. Une évolution que l'on peut qualifier de crise ou parfois même de catastrophe sanitaire sans précédent, de paradoxe aussi puisque ce sont les pays économiquement émergents d'Afrique australe qui sont particulièrement touchés.

Cela dit, les pays africains connaissent des parcours sanitaires et des évolutions de la mortalité diversifiés depuis 15 ans, que nous illustrons dans la figure 8 en distinguant 5 types de pays selon l'évolution récente des espérances de vie : a) les pays en progrès régulier, b) les pays en stagnation récente, c) les pays en régression sensible, d) les pays en régression profonde et e) les pays perturbés par une guerre⁽³¹⁾.

L'irruption du sida dans les années 1980 et son extension parfois rapide dans certains pays au cours des années 1990 est bien sûr à l'origine d'un bon nombre de ces retournements, parfois spectaculaires et rarement vus dans l'histoire de l'humanité. Une quinzaine de pays, nous l'avons dit, sont particulièrement touchés. Mais pour tous les pays en 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, conduit à l'aggravation de la pauvreté et à la recrudescence de maladies infectieuses jusqu'alors « contrôlées » (tuberculose, etc.). Il y a aussi le groupe de pays (figure 8) qui, au cours des quinze dernières années, ont

⁽³⁰⁾ Le Botswana, qui avait en 1990 l'une des meilleures espérances de vie africaines (65 ans), a reculé de plus de 60 années dans son histoire, en retrouvant aujourd'hui le niveau qui était le sien dans les années 1940.

⁽³¹⁾ Voir F. Meslé (2003) pour une approche voisine.

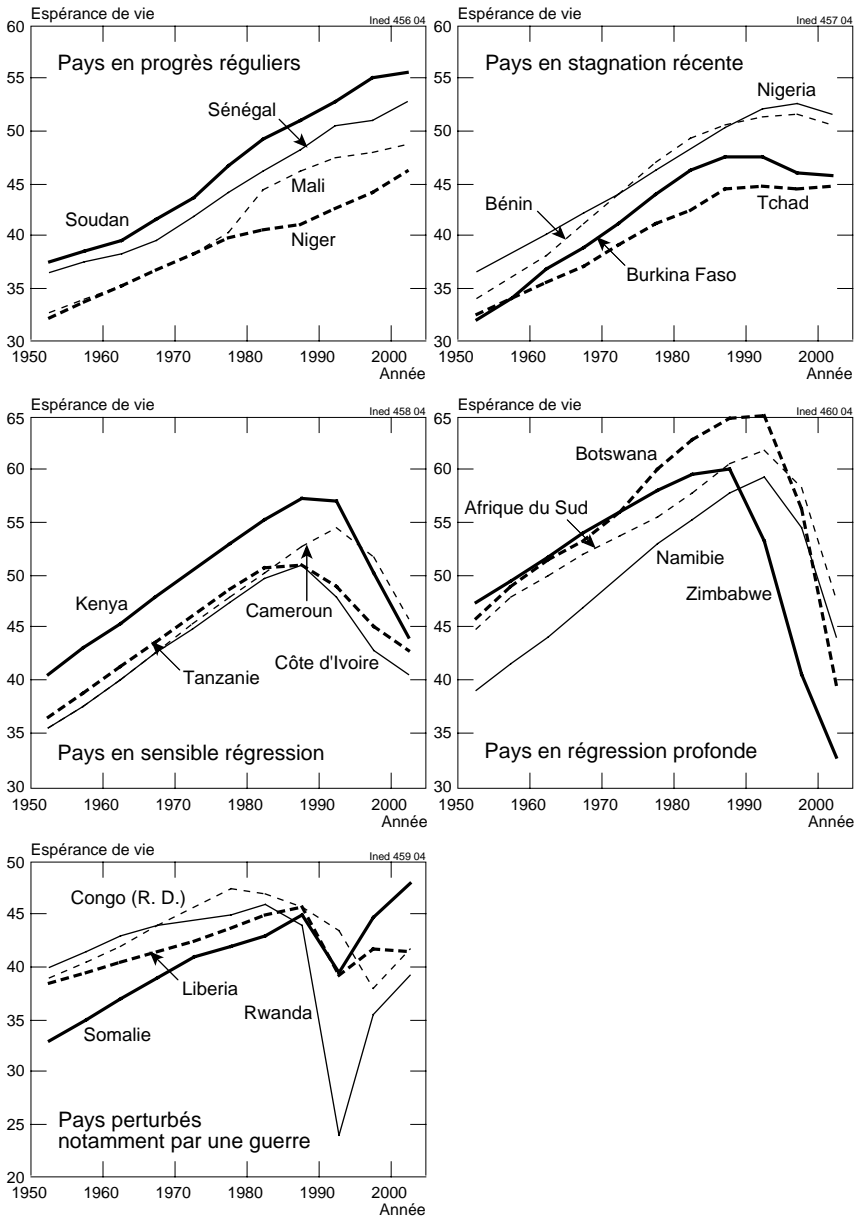


Figure 8. – Les différentes transitions sanitaires en Afrique sub-saharienne : évolution des espérances de vie de 1950 à 2005

Source : à partir des données des Nations unies (2003b).

connu une guerre civile meurtrière, parfois longue, allant jusqu'à un génocide au Rwanda. Tous ces conflits ont des effets directs mais aussi indirects sur la santé et la mortalité des populations, par la désorganisation ou le démantèlement des systèmes fonciers et agricoles, le ralentissement ou l'arrêt de l'aide internationale, les déplacements de population...

3. Le sida : une menace générale

La dernière synthèse récente d'Onusida (2003) confirme l'importance de la pandémie en Afrique sub-saharienne. Elle est de loin la région la plus touchée du monde : en 2003, on compte 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) et 2,3 millions de décès (sur 3 dans le monde)⁽³²⁾. La prévalence du sida est actuellement de l'ordre de 10 % pour l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara, contre moins de 1 % partout ailleurs (tableau 9).

Mais la prévalence du VIH varie considérablement à travers le continent (tableau 9), allant rien qu'au niveau sous-régional de 4,5 % en Afrique de l'Ouest à près de 30 % en Afrique australe. Elle est inférieure à 2 % dans 6 pays seulement sur les 38 pour lesquels on dispose de l'information (tableau annexe A.10), de 2 % à 10 % dans 20 pays, au-delà de 20 % dans 7 pays, dont tous ceux d'Afrique australe. Une grande partie des pays et des sociétés africaines sont donc pleinement concernés par cette épidémie sans précédent, qui dans l'ensemble est loin d'être contrôlée. Si les prévalences du VIH diminuent 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 encore à venir dans des pays où les prévalences ne montrent guère de signe de stabilisation (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, etc.) (Onusida, 2003).

Quelques mots simplement sur les grandes caractéristiques et conséquences actuelles ou prévisibles du sida en Afrique, bien documentées par ailleurs.

Contrairement aux pays développés, la transmission du VIH en Afrique est principalement hétérosexuelle, et la plupart des femmes infectées 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 de transmission du 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

⁽³²⁾ Ces chiffres sont les centres des fourchettes des estimations présentées par Onusida, qui sont de l'ordre de plus ou moins 15 %.

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 sub-saharienne, les femmes sont en proportion nettement plus touchées que les hommes, l'écart atteignant au moins 20 % (Onusida, 2003), en raison d'une activité sexuelle plus précoce, avec des partenaires sexuels plus âgés, et d'un risque de transmission du VIH plus élevé 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 (Timaeus, 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 pour mille au début des années 1980 à plus de 400 pour mille 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.

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 du 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 du sida (Nations unies, 2003b). Les structures par âge, nous le verrons avec l'exemple du Zimbabwe, seront également bouleversées par cette recrudescence de la mortalité⁽³³⁾.

L'épidémie de sida, au-delà de ses effets démographiques, a 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. De même les systèmes sanitaires se trouvent 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

⁽³³⁾ 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 (Nations unies, 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 (Nations unies, 2002a).

déjà en 2001 près de 18 % d'orphelins parmi les moins de 15 ans, dont les trois quarts en raison du sida.

4. Une mortalité maternelle toujours très élevée

Peut-être encore davantage que pour le sida, les estimations nationales de mortalité maternelle sont à prendre avec beaucoup de prudence, en Afrique comme ailleurs. En l'absence de statistiques de causes de décès, on ne dispose souvent que d'estimations indirectes, basées sur différentes définitions et méthodes de calcul possibles, qu'il convient simplement de considérer comme des ordres de grandeur probables⁽³⁴⁾.

La 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 870 décès pour 100 000 naissances (près de 1 femme pour 100 naissances), elle y est 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 et quinze fois plus qu'en Asie de l'Est (tableau 9). Pratiquement 11 % de la population mondiale (celle de 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 (OMS, 2003). Ces quelques chiffres illustrent les risques énormes qu'encourent toujours les Africaines au cours de leur vie féconde.

Cela dit, comme pour les autres phénomènes, la mortalité maternelle varie en Afrique (tableau annexe A.10) : en moyenne très élevée (autour de 950 pour 100 000 naissances) en Afrique de l'Ouest, centrale et de l'Est, elle s'élève encore à 310 pour 100 000 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 décès pour 100 000 naissances (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 post-natal 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 aborderons certains de ces aspects dans le point suivant.

⁽³⁴⁾ 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 (OMS, 2003).

X. 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, une préoccupation majeure, tant dans le monde de la recherche que dans celui de l'action médicale en Afrique sub-saharienne. 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 tout point de vue en matière de santé infanto-juvénile (mortalité, consultations pré ou post-natales, vaccination, malnutrition), avec même quelques retournements récents de tendance. Les disparités géographiques ou sociales y sont néanmoins importantes. La mortalité élevée des enfants est toujours considérée comme un frein sérieux aux changements de comportements reproductifs et au recul de la fécondité.

Comme pour la fécondité et l'espérance de vie, les évolutions par pays depuis 1950 sont tirées des estimations⁽³⁵⁾ des Nations unies (tableau annexe A.8), tandis que les données récentes sur la mortalité par âge (en dessous de 5 ans), les conditions d'accouchement, la couverture vaccinale et la malnutrition proviennent des dernières enquêtes EDS de 30 pays (tableau annexe A.9).

1. 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 sur six disparaissant avant l'âge d'un an, autour d'un sur quatre avant 5 ans. Et les différences entre grandes régions n'étaient pas énormes (tableau 10). L'Afrique sub-saharienne était alors pratiquement au même niveau que l'Afrique du Nord, l'Asie du Sud ou l'Asie de l'Est⁽³⁶⁾. En cinquante ans, les progrès ont été importants, mais ils se sont produits à des rythmes divers.

De 1952 à 1972, la mortalité infantile a baissé quasiment aussi vite en Afrique 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 multiplient : 10 % de baisse de 1992 à 2002 pour l'ensemble de l'Afrique noire contre 25 % environ dans toutes les autres régions (tableau 10). Des reprises de la mortalité, nous le verrons, apparaissent même dans certains pays.

Aujourd'hui, avec une mortalité infantile de l'ordre de 95 ‰, l'Afrique est désormais bien loin des autres régions, toutes ayant un taux

⁽³⁵⁾ Avec une certaine prudence requise pour les données du passé. En revanche, la mortalité des enfants est aujourd'hui relativement bien mesurée, notamment par les enquêtes EDS, même si elle y est sans doute un peu sous-estimée.

⁽³⁶⁾ L'Amérique du Sud étant déjà en meilleure position.

TABLEAU 10.— ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE DEPUIS LES ANNÉES 1950
PAR SOUS-RÉGION

Sous-région	Taux de mortalité infantile (‰)				Évolution (%)		
	1952	1972	1992	2002	1952-1972	1972-1992	1992-2002
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 sub-saharienne	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 A.8.

compris entre 30 ‰ et 50 ‰. En outre, la mortalité entre 1 et 5 ans y est très élevée, de l'ordre de 75 ‰ (tableau 11) ; il en résulte qu'un petit Africain sur sept disparaît aujourd'hui avant l'âge de cinq ans.

Malgré tout, des progrès ont été réalisés, mais plus lents qu'ailleurs et plus lents 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.

2. Une hétérogénéité croissante entre pays

En comparant les mortalités infantiles de 48 pays africains en 1960-1964 et 2000-2004, la figure 9 illustre à la fois la diversité 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)⁽³⁷⁾ à près de 180 ‰ (Sierra Leone), avec de nombreux pays entre 90 ‰ et 110 ‰ (tableau annexe A.8). Le risque de mortalité de 0 à 5 ans varie actuellement d'environ 40 ‰ à près de 300 ‰ (Niger), dans un rapport proche de 1 à 7.

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

⁽³⁷⁾ En excluant Maurice et la Réunion où ils s'établissent respectivement à 16 ‰ et 8 ‰.

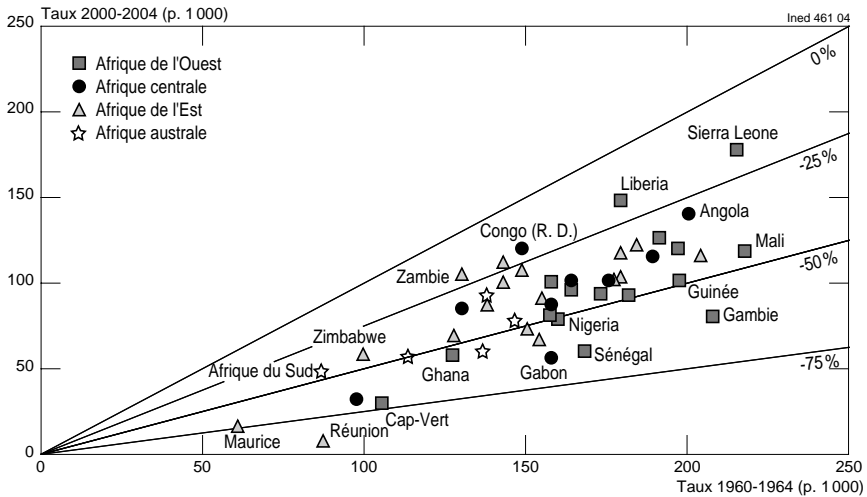


Figure 9. – Évolution de la mortalité infantile de 1960-1964 à 2000-2004 dans 48 pays d'Afrique sub-saharienne

Note : les droites correspondent à des baisses de 25 %, 50 % et 75 %.
Source : à partir des données des Nations unies (2003b).

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 très liée à l'indice de développement humain⁽³⁸⁾. Et l'on voit des pays proches, 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, il atteint respectivement 146 ‰, 181 ‰ et 160 ‰. Un ensemble de facteurs concourent à expliquer cette moindre mortalité au Ghana. Guère plus riche que ses trois voisins (tableau annexe A.13), le Ghana est en Afrique sub-saharienne parmi les pays les mieux placés en matière de développement humain (8^e rang sur 47 pays), avec notamment un niveau d'alphabétisation des adultes relativement élevé (72 %), une politique de santé infanto-juvénile un peu plus efficace (tableau annexe A.9), 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 en 1998 contre 5,2 à 5,6 chez les autres).

Dans tous les pays, les mortalités à moins d'un an ainsi qu'entre 1 et 5 ans se caractérisent par 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.

⁽³⁸⁾ Dont, il est vrai, une des composantes (l'espérance de vie) dépend directement du niveau de mortalité infanto-juvénile.

3. *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 la 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 à une reprise plus ou moins importante de la mortalité depuis une dizaine d'années.

La figure 10 fournit une illustration de cette diversité des évolutions. Elle est basée sur les résultats des deux dernières enquêtes EDS de six pays représentatifs de cette diversité (Burkina Faso, Tanzanie, Ghana, Côte d'Ivoire, Cameroun et Zimbabwe), qui couvrent au total les années 1975 à 1998⁽³⁹⁾. Y figurent l'évolution des quotients de 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.

Le Malawi, la Guinée, l'Érythrée ou l'Éthiopie, la Tanzanie et le Ghana (ces deux derniers pays étant représentés dans la figure 10) sont globalement en progrès depuis 25 ans, même si au Ghana il semble y avoir eu un ralentissement récent de la baisse de la mortalité de 1 à 5 ans. Avec un peu plus d'incohérences entre les deux enquêtes, le Burkina Faso enregistre un arrêt des progrès, une stagnation de la mortalité, comme le Mali et le Gabon par exemple. Plus grave, le Cameroun et la Côte d'Ivoire, eux, sont confrontés à une reprise de la mortalité, avec des résultats concordants entre les deux 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 ont retrouvé le niveau de mortalité infanto-juvénile des 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 l'autre : le sida bien sûr, notamment dans les pays très touchés, mais aussi la dégradation des conditions de vie et du pouvoir d'achat dans nombre de pays, la déstructuration des systèmes de santé publique, l'augmentation, partout, des coûts de la santé pour la population, conduisant comme au Cameroun (Beninguisse, 2003) à des chan-

⁽³⁹⁾ 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 deux enquêtes effectuées dans un pays à 6 ou 8 ans d'intervalle, on couvre ainsi 20 à 25 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, mais dans l'ensemble elles ne sont pas mauvaises.

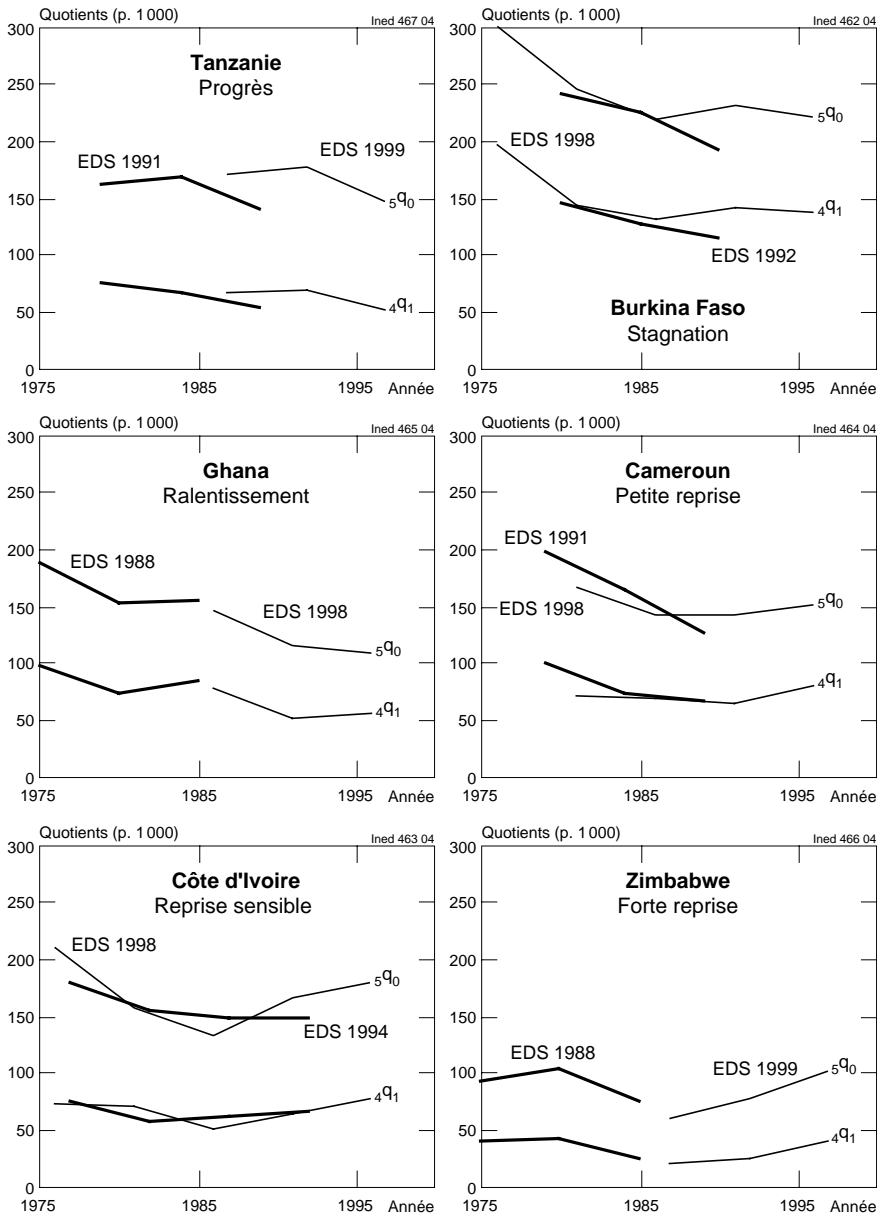


Figure 10.– Quelques exemples de stagnation, de ralentissement des progrès et de reprise récente de la mortalité des enfants

Source : à partir des données des rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé (EDS).

gements notables de comportements de la population (des classes pauvres comme des classes moyennes) en matière de soins prénataux, d'accouchements ou de vaccination.

4. *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, examinons 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 A.9 présente pour 30 pays ayant réalisé une enquête EDS récente la proportion de naissances survenant sans aucune consultation prénatale, la proportion d'accouchements sans assistance de personnel médical ou formé, la proportion d'enfants qui ont reçu une vaccination complète (BCG, DTCoq, polio et rougeole) et enfin la proportion d'enfants souffrant de malnutrition (moyenne et sévère). Le tableau 11 reprend trois de ces indicateurs sous forme de moyennes régionales⁽⁴⁰⁾, avec les mortalités néonatales, à moins d'un an, de 1 à 5 ans et de 0 à 5 ans correspondantes.

La proportion de femmes ayant bénéficié d'au moins 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 Niger, le Tchad ou l'Éthiopie (de loin le pays le plus défavorisé en matière de santé des enfants), avec entre les deux beaucoup de pays où elle se situe autour de 70 %. Partout, c'est de loin dans les villes et chez les femmes (ou couples) instruits et économiquement les plus favorisés que le suivi des grossesses est le mieux assuré.

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 11), la plupart se déroulant alors à domicile⁽⁴¹⁾. Mais là encore, et sans surprise, il existe de fortes inégalités entre les pays : moins de 16 % d'accouchements sans assistance au Cap-Vert, au Gabon et en Afrique du Sud, jusqu'à près de 70 % dans des pays comme le Burkina Faso, le Tchad et le Rwanda, et même 90 % en Éthiopie (tableau annexe A.9). Sans entrer dans les détails, il n'y a pas de relation claire entre le degré d'assistance médicale et le niveau de mortalité néo-natale dans les différents pays.

⁽⁴⁰⁾ Nous en avons exclu la proportion de naissances survenant sans consultation prénatale, qui varie beaucoup trop d'un pays à un autre dans une même sous-région pour calculer une moyenne (tableau annexe A.9).

⁽⁴¹⁾ Avec l'aide de matrones, de parentes, d'amies ou parfois sans aucune aide.

TABLEAU 11. – MORTALITÉ PAR ÂGE À 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 souffrant de malnutrition	% 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 sub-saharienne [29]	37	86	72	152	50	36	45

Source et définition des indicateurs : tableau annexe A.9. 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 en Afrique de l'Ouest. Le Zimbabwe a été intégré à l'Afrique australe. Les chiffres entre crochets indiquent le nombre de pays par sous-région.

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

Conditions de vie, 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 successivement réalisées depuis quinze 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 vont de 20 % (Gabon et Togo) à près de 50 % en Éthiopie, à Madagascar, en Zambie et encore une fois au Nigeria (tableau annexe A.9). 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.

5. De fortes inégalités sociales et spatiales dans les pays

En dépit d'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 (120 millions d'habitants) d'Afrique. Le tableau 12 présente la variabilité des indicateurs de mortalité et de santé selon le milieu d'habitat et le niveau d'instruction des mères.

TABLEAU 12. – MORTALITÉ DES ENFANTS, CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT, VACCINATION ET MALNUTRITION AU NIGERIA SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE MILIEU D'HABITAT DES MÈRES EN 1999

Variables	Milieu d'habitat		Niveau d'instruction				Total
	Urbain	Rural	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Mortalité infantile ^(a)	59	75	77	71	59	40	71
Mortalité 1-5 ans ^(a)	52	74	87	55	39	13	67
Mortalité 0-5 ans ^(a)	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 souffrant de malnutrition ^(b)	42	47	56	40	38	37	46
Poids relatif de chaque groupe (%)	31	69	41	23	30	6	100

^(a) 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 (p. mille). Ces quotients diffèrent légèrement de ceux du tableau A.9 car les périodes de référence utilisées pour les calculs sont différentes.

^(b) Indice taille-pour-âge, mesure de la malnutrition chronique (moyenne et sévère).

Source : Rapport national de l'EDS 1999.

Comme partout ailleurs en Afrique et dans le monde, le Nigeria *urbain* 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, en dehors de 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 une influence considérable sur les comportements et pratiques de santé. La mortalité de 0 à 5 ans va de 1 à 3 entre niveaux d'instruction extrêmes, celle de 1 à 5 ans (la plus sensible à l'action sanitaire) de 1 à 7 (tableau 12). 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 les plus 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.

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

Les différences de mortalité entre garçons et filles dans l'enfance dépendent à la fois de facteurs 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 conduit – ou doit conduire – à une surmortalité masculine dans les pre-

nières années de la vie. Mais l'histoire européenne, comme celle des pays du Sud depuis 40 ans, ont souvent infirmé cette « loi » : dans deux pays en voie de développement sur trois dans les années 1970 et 1980, dans près d'un sur deux encore dans les années 1990, la surmortalité des petites filles était nette, entre 1 et 5 ans notamment (Tabutin et Willems, 1995 ; Nations unies, 1998). La surmortalité biologique et « naturelle » des garçons a souvent fait place à une surmortalité sociale des filles, qu'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 sub-saharienne 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 ; Nations unies, 1998), basées sur un meilleur appareil statistique, confirment l'existence d'une surmortalité des petites filles dans un bon nombre de pays africains.

Au niveau de l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne, il y a en moyenne égalité de la mortalité des garçons et des filles entre 1 et 5 ans⁽⁴²⁾, mais cela cache des situations bien diverses. Quand elle existe, la surmortalité féminine à ces âges n'y est point aussi intense (de l'ordre de 7 %) 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). Elle est là sans géographie précise (on la trouve un peu partout, 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 vis-à-vis des petites filles. En revanche, dans nombre de pays, 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.

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

XI. Structures par âge : de lentes modifications en dehors de l'Afrique australe

Avec un âge médian de la population de 17,5 ans, 44 % de jeunes de moins de 15 ans et moins de 5 % de personnes âgées de plus de 60 ans, l'Afrique sub-saharienne est – de loin – la région la plus jeune du monde (tableau 13). Les causes démographiques en sont bien connues : la fécondité de l'Afrique a peu évolué depuis les années 1950 et elle est aujourd'hui bien supérieure à celle des autres régions du globe (cf. section VII). La baisse de la mortalité des dernières décennies, plus rapide aux jeunes âges, a même contribué à un léger rajeunissement des structures par âge entre 1950 et 2000, l'âge médian étant passé de 18,8 ans à 17,5 au cours de cette période. Sous l'effet de la baisse prévisible de la fécondité, la population de l'Afrique vieillira au cours des prochaines décennies. D'abord par la base, avec la diminution de la proportion de jeunes, par le sommet plus tard, avec l'augmentation de la part des personnes âgées. Les évolutions des prochaines années seront toutefois modérées, et l'Afrique restera jeune encore longtemps : selon l'hypothèse moyenne des dernières projections des Nations unies (2003b), la part des moins de 15 ans devrait être de 40 % en 2020 (44 % en 2000), l'âge médian de 19,4 ans (17,5 ans en 2000) et la proportion des 60 ans ou plus de 5,3 % (4,7 % en 2000).

TABLEAU 13. – INDICATEURS DE STRUCTURE PAR ÂGE ET PAR SEXE,
PAR SOUS-RÉGION EN 2000

Sous-région	Âge médian de la population	Part des moins de 15 ans (%)	Part des 60 ans ou plus (%)	Rapport de masculinité H/F (%)
Afrique de l'Ouest	17,2	45,1	4,6	100,2
Afrique centrale	16,9	46,0	4,7	97,7
Afrique de l'Est	17,0	45,6	4,4	97,4
Afrique australe	22,0	35,0	5,8	95,7
Ensemble Afrique sub-saharienne	17,5	44,3	4,7	98,5
Afrique du Nord	21,6	35,8	6,4	100,8
Asie de l'Est	30,8	23,8	11,3	104,7
Asie du Sud-Est	23,8	32,4	7,2	99,7
Amérique du Sud	24,9	30,8	8,3	98,1

Source : Nations unies (2003b).

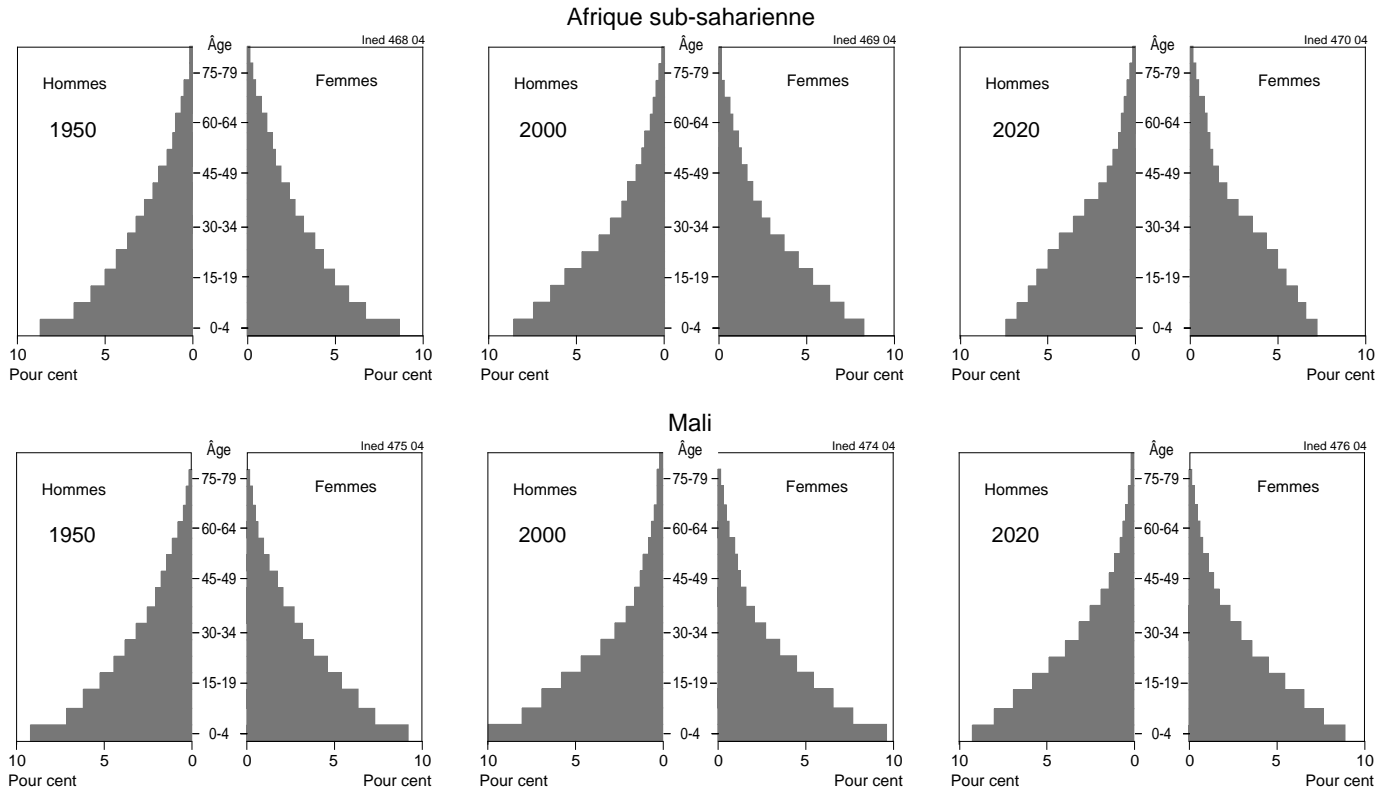
La baisse de la fécondité étant la principale cause du vieillissement de la population, du moins dans des contextes où la fécondité et la mortalité sont encore élevées, les populations les plus avancées dans la transition de la fécondité le sont également dans le processus de vieillissement. En Afrique australe, l'âge médian de la population est ainsi de 4 à 5 ans supérieur à celui des autres régions d'Afrique, avec nettement moins de jeunes (35 %, contre environ 45 %)⁽⁴³⁾. Avec moins de 30 % de jeunes et

un âge médian de 28 ans, la Réunion et Maurice sont déjà âgées par rapport au reste de l'Afrique. L'Afrique du Sud, le seul autre pays où l'âge médian dépasse 20 ans, est aussi bien entrée dans le processus de vieillissement. À l'opposé, cinq pays à fécondité très élevée (Burkina Faso, Mali, Niger, Burundi, Ouganda) sont particulièrement jeunes, avec un âge médian inférieur à 16 ans. Pour le reste, l'hétérogénéité entre pays reste relativement faible : en 2000, dans la grande majorité des pays (37 sur 48), l'âge médian de la population se situe entre 16 et 19 ans (tableau annexe A.11).

Voyons plus en détail les évolutions des structures par âge de 1950 à 2000 et les perspectives jusqu'en 2020 pour l'Afrique sub-saharienne dans son ensemble et trois pays à différents stades de la transition de la fécondité et différemment touchés par le sida (figure 11). La comparaison des pyramides de 1950 et 2000 pour l'Afrique sub-saharienne montre bien ce que nous soulignons plus haut : la structure par âge du continent n'a pratiquement pas bougé en cinquante ans. En revanche, au cours des prochaines décennies, sa base connaîtra un léger rétrécissement sous l'effet de la baisse de la fécondité prévue dans les projections (l'ISF passerait de 5,1 enfants par femme en 2000 à 3,3 en 2020). Le Mali, par contre, après un léger rajeunissement de sa population entre 1950 et 2000, ne vieillira que légèrement d'ici 2020 : l'âge médian devrait être d'à peine 16 ans à cette date, la proportion de jeunes de 47,5 % (49,1 % en 2000). À l'image de l'Afrique, la structure par âge du Cameroun n'a guère évolué au cours de la période 1950-2000. Mais les changements d'ici 2020 devraient y être nettement plus prononcés, la transition de la fécondité étant bien engagée dans ce pays (ISF de 4,6 enfants par femme vers 2002). Enfin, la base de la pyramide du Zimbabwe a, quant à elle, déjà sensiblement rétréci entre 1950 et 2000, résultat du déclin de la fécondité amorcé au début des années 1980. Si la baisse de la fécondité contribuera encore aux changements de la pyramide de ce pays dans les prochaines années, elle sera également totalement bouleversée par un élément d'une tout autre nature, le sida. S'il est difficile de prévoir avec précision les implications du sida sur les structures par âge, il est cependant clair que la surmortalité énorme aux âges adultes provoquée par cette pandémie va conduire à un déficit important d'individus, notamment après 40 ans.

En définitive, la structure par âge de l'Afrique sub-saharienne dans son ensemble évoluera lentement au cours des deux à trois prochaines décennies. Mais certains pays connaîtront toutefois des modifications sensibles de leur pyramide dues à la baisse de la fécondité, quelques autres des modifications brutales et rapides en raison du sida.

(43) En revanche, avec 5,8 % de personnes âgées de 60 ans ou plus, la proportion de personnes âgées n'est que légèrement plus élevée en Afrique australe. Le vieillissement par le sommet s'y accentuera notablement dès 2010.



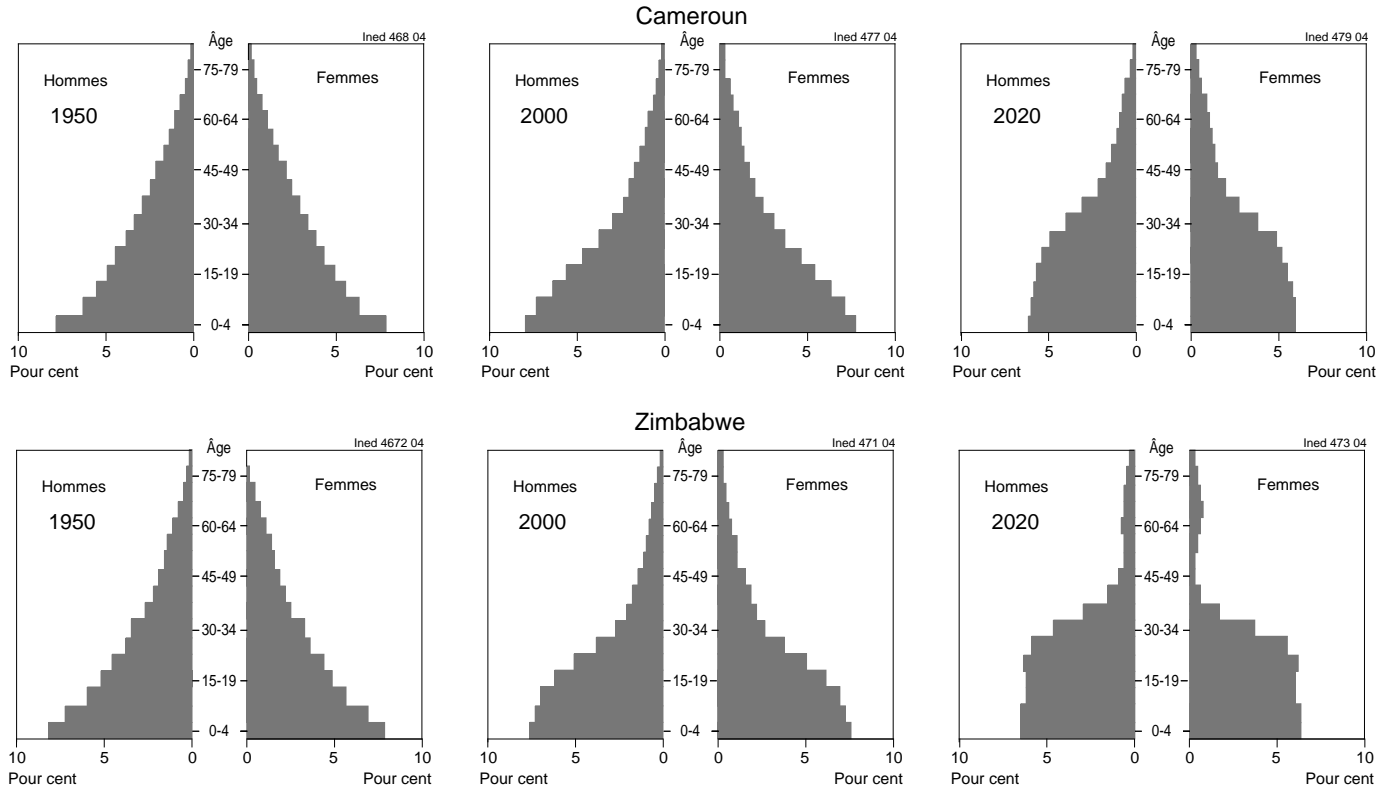


Figure 11.– Pyramides des âges en 1950, 2000 et 2020 en Afrique sub-saharienne et dans 3 pays
 Source : à partir des données des Nations unies (2003b).

XII. Urbanisation et exode rural : de profonds changements depuis 1950

L'urbanisation est l'une des transformations les plus importantes qu'a connues l'Afrique sub-saharienne au cours des cinquante dernières années. Alors que seulement 13 % de sa population résidait dans des villes en 1950, plus du tiers de sa population vit aujourd'hui en milieu urbain (tableau 14)⁽⁴⁴⁾. Le niveau d'urbanisation reste faible par rapport à l'Amérique du Sud et l'Afrique du Nord⁽⁴⁵⁾ – qui enregistraient déjà des taux d'urbanisation bien supérieurs dès les années 1950 – mais la croissance urbaine y a été bien plus rapide au cours des cinquante dernières années. La population urbaine totale de la région a ainsi été multipliée par 11 au cours de cette période, passant de quelque 20 millions en 1950 à près de 220 millions en 2000, alors que la population rurale passait de 156 à 430 millions (multiplication par 2,7). Selon les projections des Nations unies, cette croissance urbaine devrait se poursuivre : en 2030, plus de 600 millions d'individus, soit un Africain sur deux, résideraient en ville.

La croissance urbaine s'explique bien sûr par la croissance naturelle des villes (natalité et mortalité), mais aussi – et c'est ce qui explique son évolution bien plus rapide que celle de la population rurale – par les migrations des campagnes vers les villes et par les reclassements de localités rurales en localités urbaines. Dans l'ensemble, migrations et reclassements rendaient compte d'environ la moitié de la croissance de la population des villes en Afrique dans les années 1960 et 1970, mais la croissance naturelle semble aujourd'hui avoir pris le dessus, expliquant, selon certains auteurs, près des trois quarts de la croissance urbaine du continent dès les années 1980 (Chen *et al.*, 1998).

TABLEAU 14. – ÉVOLUTION DU TAUX D'URBANISATION PAR SOUS-RÉGION
DE 1950 À 2000 ET PERSPECTIVES POUR 2030 (EN %)

Sous-région	1950	1975	2000	2030
Afrique de l'Ouest	10	26	39	57
Afrique centrale	14	27	35	53
Afrique de l'Est	5	12	24	42
Afrique australe	38	44	54	70
Ensemble Afrique sub-saharienne	13	21	34	54
Afrique du Nord	25	39	49	63
Asie de l'Est	18	25	42	63
Asie du Sud-Est	15	22	37	56
Amérique du Sud	44	64	80	88
<i>Source</i> : Nations unies (2002d).				

⁽⁴⁴⁾ Les indicateurs retenus ici, qui proviennent des Nations unies, reposent sur les définitions nationales qui ne sont pas homogènes. Les niveaux et rythmes d'urbanisation ne sont donc pas parfaitement comparables ni entre pays, ni au cours du temps.

⁽⁴⁵⁾ Il se situe par contre au même niveau qu'en Asie de l'Est et du Sud-Est.

1. Une forte hétérogénéité de l'urbanisation entre pays

Ici encore, il y a une grande diversité des niveaux d'urbanisation entre sous-régions et entre pays d'Afrique (tableau 14 et tableau annexe A.13). L'Afrique australe est aujourd'hui, comme au début des années 1950, bien plus urbanisée que les autres régions du continent. Plus de la moitié de sa population réside déjà dans des villes, en raison notamment du taux d'urbanisation relativement élevé de l'Afrique du Sud (58 %). À l'inverse, à peine un quart de la population de l'Afrique de l'Est est urbaine, avec des niveaux extrêmement faibles au Rwanda (6 %) et au Burundi (9 %) et une majorité de pays autour de 30 % (Comores, Kenya, Madagascar, Mozambique, etc.). L'Afrique de l'Ouest compte, elle, 39 % de citadins, cette proportion allant de 17 % au Burkina Faso à plus de 60 % au Cap-Vert et tournant autour de 40 % dans environ la moitié des pays de la sous-région (Bénin, Nigeria, Côte d'Ivoire, etc.). Enfin, l'Afrique centrale, dont un peu plus d'un tiers (35 %) de la population est urbaine, se situe dans la moyenne de l'Afrique sub-saharienne, mais compte cependant certains des pays les plus urbanisés d'Afrique : le Gabon (82 %) et le Congo (66 %).

Globalement toutefois, l'hétérogénéité des degrés d'urbanisation entre sous-régions s'est réduite depuis les années 1950, les régions les moins urbanisées il y a cinquante ans ayant connu les croissances urbaines les plus fortes. Ainsi, l'Afrique de l'Est, qui partait d'un niveau très bas en 1950, a enregistré une croissance particulièrement rapide de sa population urbaine, multipliée pratiquement par 20 entre 1950 et 2000 (croissance annuelle moyenne de 5,9 %), et le taux d'urbanisation y a été multiplié par 5. La croissance urbaine a également été très soutenue en Afrique de l'Ouest (population multipliée par 15 en cinquante ans, soit une croissance annuelle de 5,4 %, taux d'urbanisation multiplié par 4). En revanche, elle a été plus modérée en Afrique centrale (population urbaine multipliée par 9, croissance de 4,4 %) et relativement faible en Afrique australe (multiplication par 4, croissance de 2,8 %), qui, nous l'avons dit, partait de plus haut. Finalement, pour l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne, la population urbaine a crû à un rythme annuel moyen de près de 4,8 % sur une cinquantaine d'années. Cette moyenne masque cependant un léger tassement de la croissance urbaine, plus lente dans les années 1980 et 1990 (croissance annuelle de 4,6 %) que dans les années 1960 et 1970 (5,0 %).

2. *L'émergence de mégapoles*

La croissance rapide de la population urbaine s'est accompagnée de l'émergence de grandes villes et même de quelques mégapoles à travers le continent (tableau 15)⁽⁴⁶⁾. En 2000, l'Afrique sub-saharienne compte en effet 27 villes de plus d'un million d'habitants (dont 19 capitales), alors qu'on n'en dénombrerait que quatre (Lagos, Kinshasa, Le Cap, Johannesburg) vingt-cinq ans auparavant et aucune en 1950. La population de Lagos, l'agglomération la plus peuplée d'Afrique, frôle aujourd'hui les 9 millions d'habitants, soit près de cinq fois plus qu'en 1975 et trente fois plus qu'en 1950 ! Kinshasa atteint aujourd'hui 5 millions d'habitants, c'est-à-dire également trente fois plus qu'il y a cinquante ans, et trois fois plus qu'en 1975. Abidjan s'approche des 4 millions d'habitants et plusieurs villes dépassent aussi les deux millions (Luanda, Addis-Abeba, Khartoum, etc.). Dans quelques pays, ces grandes villes (Abidjan) ou capitales (Dakar, Luanda, Brazzaville) concentrent à elles seules plus de 20 % de la population totale et plus de la moitié de la population urbaine (tableau 15) ; d'autres ont un poids bien moindre, malgré leur taille parfois importante. C'est donc la diversité des systèmes urbains qui prévaut en Afrique, et non pas un modèle unique macrocéphale (Dubresson, 2003).

La population de ces grandes villes continuera à croître et se multiplier dans les prochaines décennies, et elles abriteront une part grandissante de la population urbaine africaine (Dubresson, 2003)⁽⁴⁷⁾. Leur rythme de croissance devrait toutefois diminuer, poursuivant une tendance au ralentissement déjà bien amorcée. Ainsi, pour les 12 villes du tableau 15, le taux de croissance annuelle, en moyenne de 6,7 % sur la période 1950-1975, a été de 5,0 % entre 1975 et 2000, et devrait être de l'ordre de 3,8 % entre 2000 et 2015 selon les projections des Nations unies.

3. *Un ralentissement de la croissance urbaine*

Ce phénomène de ralentissement concerne non seulement les grandes villes mais aussi, souvent, le reste du monde urbain. Bien que l'ampleur du ralentissement de la croissance urbaine soit actuellement débattue, dépendant notamment des sources de données utilisées, plusieurs études récentes indiquent un tassement de la croissance des villes en Afrique (Potts, 1995), voire une désurbanisation dans certains pays comme la Côte d'Ivoire ou la Zambie (Beauchemin *et al.*, 2004). D'ampleur variable selon les régions et les pays, ce ralentissement s'explique à la fois par la baisse de la croissance naturelle des villes, mais surtout semble-t-il par un

⁽⁴⁶⁾ Les grandes villes d'Afrique concentrent toutefois une plus faible partie de la population urbaine que dans les autres régions du monde, et l'Afrique urbaine reste dominée par des villes petites et moyennes (Chen *et al.*, 1998). Ainsi, en 2000, les villes de plus d'un million d'habitants regroupent 28,5 % de la population urbaine du continent, contre, par exemple, 42,2 % en Amérique latine et Caraïbes (Nations unies, 2002d).

⁽⁴⁷⁾ Avec bien sûr une variabilité certaine entre régions et pays.

TABLEAU 15. – ÉVOLUTION DE LA POPULATION DE QUELQUES CAPITALES DE 1950 À 2000 ET PERSPECTIVES POUR 2015

Villes	Pays	Population (en milliers)				Rapport 2000/1950	Rapport 2000/1975	% dans la population totale du pays en 2000	% dans la population urbaine du pays en 2000
		1950	1975	2000	2015				
Abidjan ^(a)	Côte d'Ivoire	59	960	3790	6076	64,2	3,9	24	54
Addis-Abeba	Éthiopie	392	926	2645	4932	6,7	2,9	4	27
Bamako	Mali	62	377	1114	2143	18,0	3,0	10	32
Brazzaville	Congo	216	340	1306	2259	6,0	3,8	43	66
Dakar	Sénégal	223	768	2078	3481	9,3	2,7	22	46
Dar-es-Salam	Tanzanie	78	638	2115	4080	27,1	3,3	6	19
Harare	Zimbabwe	84	529	1791	3013	21,3	3,4	14	40
Khartoum	Soudan	182	896	2742	4687	15,1	3,1	9	24
Kinshasa	Congo RD	173	1735	5054	9883	29,2	2,9	10	33
Lagos	Nigeria	288	1890	8665	15966	30,1	4,6	8	17
Luanda	Angola	138	669	2697	5144	19,5	4,0	20	60
Yaoundé	Cameroun	50	276	1420	2281	28,4	5,1	9	19

^(a) Capitale de la Côte d'Ivoire jusqu'en 1983.
Source : Nations unies (2002d).

ralentissement de la migration vers les villes et parfois aussi par une accentuation récente des migrations de retour en milieu rural (Beauchemin et Bocquier, 2003 ; Potts, 1995 ; 2000). Le rôle de la migration dans la croissance urbaine en Afrique a donc sensiblement diminué depuis les années 1960 (Bocquier, 2003 ; Chen *et al.*, 1998), notamment sous l'effet des crises économiques et des programmes d'ajustement structurel mis en place à partir des années 1980 (Beauchemin et Bocquier, 2003 ; Becker *et al.*, 1994), qui ont freiné les recrutements dans la fonction publique et augmenté le chômage urbain, celui des jeunes notamment.

XIII. La migration internationale à l'intérieur de l'Afrique : migrations de travail et migrations forcées

La migration internationale reste le phénomène démographique le plus mal connu et le plus mal mesuré, en Afrique encore plus qu'ailleurs dans le monde. Les principaux indicateurs de migrations internationales disponibles pour une majorité de pays d'Afrique sont le nombre d'individus résidant dans un pays qui sont nés à l'étranger (immigrants internationaux), et ce nombre rapporté à la population du pays d'accueil, que l'on qualifie de proportion de migrants (Zlotnik, 2003)⁽⁴⁸⁾. Ces indicateurs, obtenus à partir d'une question sur le lieu de naissance dans les recensements, font donc référence aux stocks de migrants et non pas aux flux migratoires, très rarement disponibles⁽⁴⁹⁾. Ils mesurent imparfaitement la complexité du phénomène migratoire, avec une mauvaise appréhension des migrations temporaires, des migrations circulaires, des fluctuations conjoncturelles, etc.⁽⁵⁰⁾ Malgré leurs lacunes, ces indicateurs permettent toutefois de dégager quelques grands traits de la migration internationale en Afrique et de discerner les principaux pôles d'attraction des migrants.

En 2000, l'Afrique sub-saharienne comptait environ 15,1 millions d'immigrants internationaux (au sens défini précédemment), soit 2,2 % de sa population totale, une proportion en sensible régression depuis les années 1960 où elle était de près de 4 % (Zlotnik, 2003). Elle reste toutefois bien supérieure à celles de la plupart des autres régions du monde en développement (1,4 % en Asie, 1,1 % en Amérique latine et Caraïbes)⁽⁵¹⁾.

⁽⁴⁸⁾ Les migrants comprennent les individus nés à l'étranger auxquels sont ajoutés les réfugiés (Nations unies, 2002b).

⁽⁴⁹⁾ À l'exception de données obtenues dans le cadre d'opérations de collecte spécifiques, telles que les données des enquêtes du REMUAO effectuées dans sept pays d'Afrique de l'Ouest au début des années 1990 (Cerpod, 1995).

⁽⁵⁰⁾ La fiabilité des données sur les stocks de migrants est aussi affectée par plusieurs facteurs. Ainsi, dans certains pays, le stock de migrants est estimé à partir d'une question sur la nationalité plutôt que sur le lieu de naissance. Par ailleurs, les réfugiés peuvent dans certains cas être comptés deux fois, dans la mesure où les réfugiés sont parfois inclus parmi les migrants dans les données des recensements (Zlotnik, 2003).

La migration internationale à l'intérieur de l'Afrique demeure donc importante. Les volumes et les causes des migrations, ainsi que les caractéristiques des migrants varient toutefois sensiblement à l'intérieur du continent.

Avec près de 7 millions d'immigrants internationaux en 2000, l'Afrique de l'Ouest est la région qui concentre aujourd'hui la plus grande partie des migrants d'Afrique, devant l'Afrique de l'Est qui en compte 5,3 millions, et l'Afrique centrale et l'Afrique australe qui en comptent toutes deux 1,5 million. En termes relatifs, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique australe sont en tête du classement : 3 % de leur population est composée d'immigrants internationaux, alors que l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est n'en comptent respectivement que 1,6 % et 1,9 %.

Les données par pays (tableau annexe A.12) montrent par ailleurs la très grande hétérogénéité des situations au sein de l'Afrique et font ressortir les quelques grands pôles d'attraction migratoire. L'exemple le plus frappant et bien connu est la Côte d'Ivoire qui, avec plus de 2,3 millions d'immigrants en 2000, concentrerait le plus grand nombre d'immigrants internationaux en Afrique, loin devant l'Afrique du Sud (1,3 million) et le Burkina Faso (1,1 million)⁽⁵²⁾. Ils représentaient près de 15 % de la population de la Côte d'Ivoire, une proportion nettement plus élevée que dans la plupart des autres pays d'Afrique. Cela reflète la place prépondérante que la migration a tenue et tient encore dans l'économie de ce pays et des pays francophones limitrophes (Burkina Faso et Mali), principaux pays d'origine de ces immigrants (Makinwa-Adebusoye, 1992)⁽⁵³⁾. Quelques autres petits pays d'Afrique (Gabon, Gambie) et la Réunion atteignent ou dépassent aussi les 15 % de migrants, mais cela ne représente respectivement que 250 000, 185 000 et 106 000 individus, donc une petite proportion de l'ensemble des migrants d'Afrique. À l'inverse, des grands pays comme le Nigeria et l'Afrique du Sud, même s'ils ne comptent que des proportions relativement faibles de migrants (moins de 1 % au Nigeria, 3 % en Afrique du Sud), accueillent un nombre important d'individus (plus de 2 millions pour ces deux pays réunis).

Les motifs des migrations internationales en Afrique sont bien sûr divers, ont varié au cours du temps et diffèrent sensiblement entre régions et pays. Les *migrations de travail* constituent une part importante de l'ensemble des mouvements de population en Afrique comme ailleurs dans le

(51) Elle est par contre nettement plus faible que dans les pays développés, qui comptaient près de 9 % d'immigrants internationaux vers 2000.

(52) Rappelons ici que les immigrants internationaux sont définis comme des individus nés en dehors de leur pays de résidence. Il peut donc s'agir de citoyens d'autres pays, comme c'est le cas pour la plupart des immigrants de Côte d'Ivoire, mais également de citoyens du pays nés à l'étranger, comme c'est vraisemblablement le cas pour une bonne part des immigrants du Burkina Faso.

(53) La détérioration de la situation économique en Côte d'Ivoire depuis les années 1980 y a toutefois sensiblement modifié les échanges migratoires, conduisant même à un solde migratoire négatif avec le Burkina Faso à la fin des années 1980 (Bocquier, 1996). Le conflit qui a éclaté en 2002 en Côte d'Ivoire a également provoqué le retour de nombreux migrants dans leur pays d'origine.

monde. Par exemple, les migrations vers la Côte d'Ivoire, l'Afrique du Sud ou le Gabon, pour ne citer que quelques pays, sont dans une large mesure dictées par la recherche de travail et de revenus dans des économies plus prospères et demandeuses de main-d'œuvre que celles des pays d'émigration.

Les *réfugiés* représentent une autre grande catégorie de migrants internationaux en Afrique, qui a crû sensiblement au cours des dernières décennies à la suite notamment des conflits ou des guerres civiles qu'ont connus et que connaissent encore divers pays de ce continent. Le nombre de réfugiés en Afrique sub-saharienne serait passé de moins de 100 000 au début des années 1960 à plus de 5 millions au milieu des années 1990, pour redescendre à 3 millions vers 2000 (Zlotnik, 2003). Ils constituaient à peine 1 % de l'ensemble des migrants au début des années 1960, près de 40 % vers 1995, 20 % aujourd'hui. En 2000, l'Afrique rassemble un quart de l'ensemble des réfugiés du monde. Depuis le début des années 1980, c'est l'Afrique de l'Est qui compte le plus de réfugiés (1,9 million aujourd'hui), la Tanzanie en abritant à elle seule près de 700 000, soit plus de 20 % de l'ensemble des réfugiés en Afrique. Les autres grands pays d'accueil actuellement sont la Zambie, le Soudan, l'Ouganda, le Kenya, le Congo R.D. et la Guinée (tableau annexe A.12). En 2002, les principaux pays d'origine des réfugiés en Afrique étaient le Burundi, le Soudan, l'Angola, la Somalie et le Congo R.D.

L'absence de données détaillées permet difficilement d'examiner les évolutions des flux migratoires en provenance ou à destination de certains pays, et les éventuels renversements de tendances dans ces flux. On connaît néanmoins la grande sensibilité des migrations aux crises économiques et aux bouleversements politiques. Les mouvements de réfugiés en sont bien sûr l'illustration la plus évidente, mais les migrations de travail (légales ou illégales) sont également affectées par ces changements. Par exemple, la fin du régime d'apartheid en Afrique du Sud et l'ouverture du pays au début des années 1990 ont provoqué un afflux d'immigrants, notamment en provenance du Congo R.D., du Nigeria et du Sénégal (Adepoju, 2000). À l'inverse, en Côte d'Ivoire et au Gabon, la crise économique et la mise en place de politiques migratoires plus restrictives dans les années 1990 auraient non seulement ralenti les migrations vers ces pays, mais aussi accéléré les migrations de retour (Adepoju, 2000).

XIV. Les migrations vers les pays riches : augmentation des flux, diversification des destinations

Tout comme les migrations internationales à l'intérieur de l'Afrique, les migrations africaines vers les pays développés restent insuffisamment documentées. Malgré les efforts récemment déployés en Amérique du Nord et dans la Communauté européenne, les données permettant d'appréhender ce phénomène, qui proviennent essentiellement des statistiques d'immigration des pays développés, sont non seulement peu abondantes, mais aussi de qualité variable d'un pays à l'autre. Ces statistiques excluent également, par définition, les migrations illégales, si bien qu'elles sous-estiment souvent les flux migratoires en provenance d'Afrique. Dans l'ensemble, elles sont à considérer avec précaution⁽⁵⁴⁾.

1. Des années 1960 aux années 1980

Depuis le début des années 1960, c'est-à-dire la période de décolonisation, on assiste à une augmentation des flux migratoires de l'Afrique sub-saharienne vers les pays développés⁽⁵⁵⁾. Au début des années 1960, on comptait annuellement environ 17 000 immigrants d'Afrique sub-saharienne vers l'Europe occidentale, l'Amérique du Nord et l'Océanie réunies, contre près de 80 000 à la fin des années 1980 (tableau 16)⁽⁵⁶⁾. L'Europe a d'abord connu une phase de forte augmentation entre les an-

TABLEAU 16. – NOMBRE ANNUEL MOYEN D'IMMIGRANTS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
VERS LES PAYS DU NORD DE 1960 À 1990

Destination	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1991
Amérique du Nord	1900	4 105	10 094	15 817	17 506	20 942	16 191
Océanie	2072	2 722	3 832	3 124	4 454	5 708	3 960
Europe occidentale	13 287	37 688	50 998	42 254	37 368	51 644	–
Total	17 259	44 515	64 924	61 195	59 328	78 294	–
% du total vers l'Europe	77,0 %	84,7 %	78,5 %	69,0 %	63,0 %	66,0 %	–

Note : l'Amérique du Nord comprend les États-Unis et le Canada, l'Océanie inclut l'Australie et la Nouvelle-Zélande, et l'Europe occidentale inclut ici l'Allemagne, la Belgique, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.
Source : Zlotnik (1993).

⁽⁵⁴⁾ Pour une présentation des statistiques de migrations des pays en développement vers les pays développés, voir notamment H. Zlotnik (1996). Soulignons que ces statistiques n'incluent pas les demandeurs d'asile.

⁽⁵⁵⁾ Les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne ne représentent malgré tout qu'une faible proportion de l'ensemble des migrants vers les pays du Nord (3,7 % en 1985-1989) et de l'ensemble des migrants Sud-Nord (environ 10 %) (Zlotnik, 1993).

⁽⁵⁶⁾ Nous ne disposons malheureusement pas de données comparables pour les années 1990.

nées 1960 et 1970, le volume annuel passant de moins de 14 000 à plus de 50 000 migrants, suivie d'un ralentissement à la fin des années 1970 et au début des années 1980, et d'une nouvelle reprise pour atteindre 51 000 migrants vers 1990. La croissance des flux à destination de l'Amérique du Nord et de l'Océanie a par contre été plus continue, passant de 4 000 migrants annuels vers ces deux régions au début des années 1960 à environ 26 000 à la fin des années 1980. Les États-Unis, le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande accueillaient donc vers 1990 une part plus importante des migrants africains qu'au début des années 1960 (34 % contre environ 20 %). Avec les deux tiers du total, l'Europe restait toutefois de loin la première destination parmi les régions développées.

L'augmentation des flux vers les États-Unis, le Canada et l'Australie témoigne de la diversification des destinations des migrants africains, diversification qui s'observe également au sein de l'Europe. Alors que dans les années 1960 et 1970, les principaux flux migratoires allaient essentiellement des anciennes colonies vers les anciennes puissances coloniales (France, Grande-Bretagne, Portugal, Belgique), cette orientation privilégiée n'est plus de mise aujourd'hui, avec l'importance accrue des migrations vers des pays tels que l'Italie, les Pays-Bas ou encore l'Allemagne (Hamilton, 1997 ; Zlotnik, 1996). Les pays du Golfe semblent également attirer un nombre croissant d'Africains, en particulier parmi les plus instruits (Adepoju, 2000).

2. Depuis le début des années 1990

Par ailleurs, contrairement à ce que l'on pouvait attendre avec la mise en place de politiques migratoires de plus en plus strictes dans les pays riches, les migrations vers ces pays ont continué de croître dans les années 1990 (Hamilton, 1997). Prenons l'exemple de la France : le nombre annuel de migrants en provenance d'Afrique sub-saharienne a plus que doublé entre 1994 et 2001, passant de 11 000 à 26 000 individus, soit une augmentation bien plus rapide que pour les migrants provenant des autres régions, à l'exception de l'Afrique du Nord (tableau 17)⁽⁵⁷⁾. Globalement, les anciennes colonies demeurent les principaux pays d'émigration vers la France : en 2001, le Sénégal venait en tête, devant le Cameroun et la Côte d'Ivoire. Une exception cependant, avec la République démocratique du Congo, principal pays d'origine des migrants d'Afrique sub-saharienne en 1994 et 1997. La part des originaires d'Afrique sub-saharienne dans

(57) Soulignons ici que les effectifs d'immigrants repris dans le tableau 17 sont classés par année d'admission au séjour régulier et non par année d'arrivée en France. Pour certains immigrants, l'année d'arrivée en France peut être antérieure à l'année d'admission au séjour régulier, notamment pour les demandeurs d'asile et les personnes régularisées. Ceci pourrait expliquer en partie l'augmentation importante du nombre de Maliens comptabilisés en 1998, suite à l'opération de régularisation de 1997-1998. Pour plus de détails sur la méthode de comptabilisation des immigrants, voir X. Thierry (2001).

TABLEAU 17. – ÉVOLUTION DE L'IMMIGRATION RÉGULIÈRE DE LONG TERME PAR ANNÉE D'ADMISSION AU SÉJOUR EN FRANCE, 1994-2001

Origine	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Afrique sub-saharienne	11 316	9 852	10 179	18 652	27 880	19 776	22 427	26 325
<i>Dont :</i>								
Sénégal	1 249	1 282	1 257	2 023	3 175	2 678	3 422	3 694
Cameroun	675	668	768	1 239	1 798	1 499	2 039	2 672
Côte d'Ivoire	812	831	958	1 402	2 020	1 688	2 187	2 648
Mali	441	416	491	1 533	3 962	2 051	1 856	2 124
Congo (RD)	1 293	767	785	2 784	3 620	1 623	1 369	1 620
Afrique du Nord	23 432	18 758	19 164	27 963	37 004	34 230	41 754	52 428
Europe (y c. Turquie)	61 216	55 680	54 212	54 232	59 322	61 195	61 912	64 010
Asie	13 123	11 177	11 447	14 972	19 668	17 759	21 001	25 234
Amériques	9 797	9 216	9 352	10 256	11 255	11 498	12 776	14 083
Autres	679	1 497	1 632	1 356	750	662	558	614
Total	119 563	106 180	105 986	127 431	155 879	145 120	160 428	182 694

Source : données aimablement fournies par X. Thierry avec mise à jour de son article de 2001 (Thierry, 2001).

l'immigration en France est passée de 9 % en 1994 à plus de 14 % en 2001, celle des originaires d'Afrique du Nord de 20 à 29 %.

Nous n'entrerons pas ici dans les facteurs, divers, à l'origine de ces migrations régulières provenant d'Afrique noire. Signalons simplement que les motifs d'entrée en Europe, et notamment en France, ont sensiblement évolué : la migration était essentiellement liée au travail jusqu'au milieu des années 1980, elle est aujourd'hui davantage liée au regroupement familial, aux études et aux demandes d'asile (Thierry, 2001).

XV. L'accès à l'éducation des hommes et des femmes : un facteur clé

Sans entrer ici dans la vaste problématique des relations entre éducation et développement économique et social, « l'enseignement est, aux yeux de nombreux économistes, un investissement en formation et en information favorable à la fois à la croissance économique et à la modernisation des comportements démographiques » (Hugon, 1996, p. 209). Le rôle essentiel de l'éducation en tant que facteur de développement humain et de progrès social est aujourd'hui universellement reconnu, tant dans le monde scientifique que dans celui de l'action.

Sans négliger celui de l'homme, le niveau d'instruction de la femme est en démographie l'une, sinon la variable la plus discriminante quant aux comportements individuels en matière de fécondité, de nuptialité ou de santé⁽⁵⁸⁾. Nous en avons vu rapidement quelques exemples très simples. À

⁽⁵⁸⁾ Après contrôle des autres variables comme le milieu de résidence, la religion, l'ethnie ou l'activité économique, pour ne citer que celles-ci.

un autre niveau plus contextuel, celui des pays par exemple, le développement de l'accès à l'éducation dans une société est de première importance pour les transitions démographiques en cours ou à venir.

Où en sont en Afrique l'alphabétisation et la scolarisation ? Où en sont les inégalités entre hommes et femmes ? Y a-t-il une relation claire entre le niveau de développement éducatif des pays et la fécondité ou encore la mortalité des enfants ? Le tableau annexe A.14 présente par sexe et pour 48 pays les taux d'alphabétisation adulte et de scolarisation primaire⁽⁵⁹⁾. Le tableau 18 présente la situation de l'Afrique sub-saharienne par rapport aux autres régions en développement en matière d'enseignement primaire, d'analphabétisme et d'inégalités entre sexes.

1. L'analphabétisme : un problème toujours réel, notamment chez les femmes

Au cours des trente ou quarante dernières années, d'énormes progrès en matière d'éducation ont été réalisés dans le monde. On a même parlé d'explosion scolaire, liée à la croissance démographique et à l'expansion des systèmes scolaires (Unesco, 2003 ; Nations unies, 2003a). Mais en dépit de ces avancées substantielles, l'analphabétisme demeure très important : il touche 40 % des adultes dans le monde arabe et en Afrique sub-saharienne, 45 % en Asie du Sud et de l'Ouest. Seules l'Amérique latine et l'Asie de l'Est sont à des niveaux beaucoup plus bas, de l'ordre de 12 % (tableau 18). En Afrique, le taux d'analphabétisme adulte a reculé de 1980 à 2000 (de 60 % environ à 40 %), mais le nombre d'analphabètes continue à augmenter en raison de la croissance de la population.

TABLEAU 18. – TAUX (%) NET DE SCOLARISATION PRIMAIRE, PROPORTIONS (%) D'ADULTES ANALPHABÈTES ET DIFFÉRENCES ENTRE SEXES DANS QUELQUES RÉGIONS DU MONDE EN 2000

Régions	Scolarisation primaire ^(a)		Analphabétisme (15 ans et plus) ^(b)	
	Taux (sexes réunis)	Rapport des taux F/H	Taux (sexes réunis)	Rapport des taux F/H
Afrique sub-saharienne	64	0,92	40	1,54
Afrique du Nord et États arabes	81	0,90	40	1,86
Asie de l'Est	93	1,00	13	2,37
Amérique latine	97	0,98	11	1,20
Asie du Sud et de l'Ouest	81	0,85	45	1,65

^(a) Le taux net de scolarisation primaire est le rapport entre le nombre d'élèves du groupe d'âges correspondant officiellement à l'école primaire et la population totale de ce groupe d'âges.
^(b) Le taux d'analphabétisme (ou proportion d'analphabètes) à 15 ans et plus est la part de la population adulte de 15 ans et plus ne sachant ni lire ni écrire. Le taux d'alphabétisation est son complément.
Source : Unesco (2003).

⁽⁵⁹⁾ Compte tenu de la fiabilité toute relative des informations sur les niveaux d'instruction, nous renonçons ici à la présentation des données sur les niveaux secondaire et supérieur.

Partout dans le monde, les femmes sont de loin les plus touchées, avec des taux d'analphabétisme qui sont de 1,2 fois à 2,4 fois plus élevés que les taux masculins. À des niveaux équivalents, les différences entre hommes et femmes sont en moyenne un peu moindres en Afrique sub-saharienne qu'en Asie du Sud et de l'Ouest ou que dans le monde arabe.

Dans ce domaine aussi, la situation africaine actuelle est très inégale, avec des proportions d'individus sachant lire et écrire qui sont en moyenne⁽⁶⁰⁾ de 45 % en Afrique de l'Ouest, de 64 % et 68 % en Afrique centrale et de l'Est et de 81 % en Afrique australe; au niveau national, on trouve d'un côté des pays sahéliens comme le Niger, le Mali ou le Burkina Faso où cette proportion se situe autour de 20 % seulement et, de l'autre, l'ensemble des pays d'Afrique australe où elle dépasse 80 % (figure 12).

En dehors des quelques pays où la grande majorité des individus savent lire et écrire, tous les autres pays africains se caractérisent par de fortes inégalités entre hommes et femmes, qui sont généralement d'autant plus élevées que le niveau d'alphabétisation est bas (figure 12). La lutte contre l'analphabétisme et les disparités de genre est loin d'être terminée. Mais venons-en à la scolarisation des jeunes.

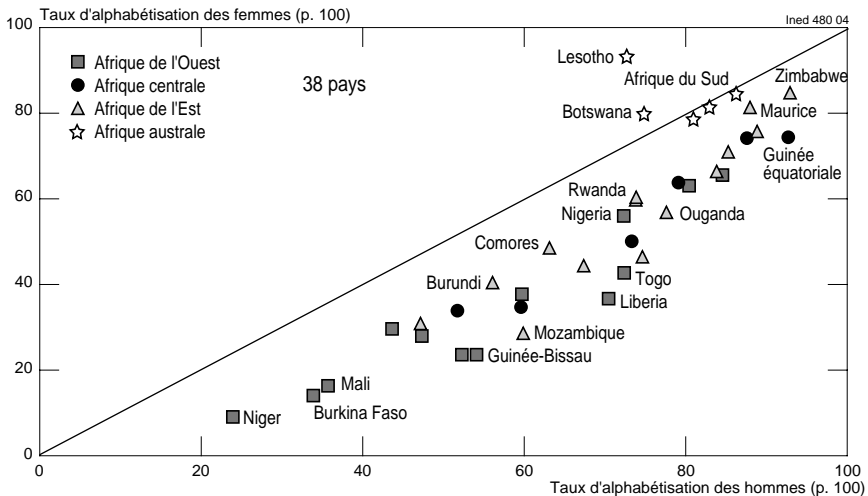


Figure 12. – Taux d'alphabétisation des hommes et des femmes dans 38 pays d'Afrique sub-saharienne en 2000 (en %)

Source : à partir des données de l'Unesco (2003).

⁽⁶⁰⁾ Nous avons calculé ces moyennes (non pondérées) à partir des données par pays du tableau annexe A.14.

2. Une Afrique sous-scolarisée et très disparate

Si en matière d'analphabétisme, l'ensemble de l'Afrique ne se distingue guère d'autres régions du monde (Afrique du Nord, Asie du Sud et de l'Ouest), les différences sont là en matière de scolarisation primaire (tableau 18) : en 2000, avec un taux de 64 % (sexes réunis), la région est loin derrière le monde arabe (81 %), l'Asie du Sud et de l'Ouest (81 %) et l'Asie de l'Est (93 %). En revanche, avec une sous-scolarisation des filles de l'ordre de 10 % en moyenne, les inégalités entre sexes, réelles, n'y sont pas plus importantes qu'en Afrique du Nord ou en Asie du Sud.

Comme pour l'analphabétisme, les disparités entre pays demeurent élevées (figure 13) : d'un côté, on trouve toujours les pays d'Afrique australe qui, avec le Gabon et le Cap-Vert, assurent une scolarisation primaire à plus de 80 % de leurs enfants, de l'autre, des pays comme le Niger, le Burkina Faso, l'Angola et Djibouti qui sont autour de 30 % seulement.

Quant aux inégalités entre sexes, elles sont dans l'ensemble moins importantes qu'en matière d'analphabétisme adulte : sur l'ensemble de la région, il y a bien au niveau primaire une sous-scolarisation des filles par rapport aux garçons, de l'ordre de 10 %⁽⁶¹⁾, mais 13 pays en sont à une quasi-égalité entre sexes, à des niveaux pourtant sensiblement différents

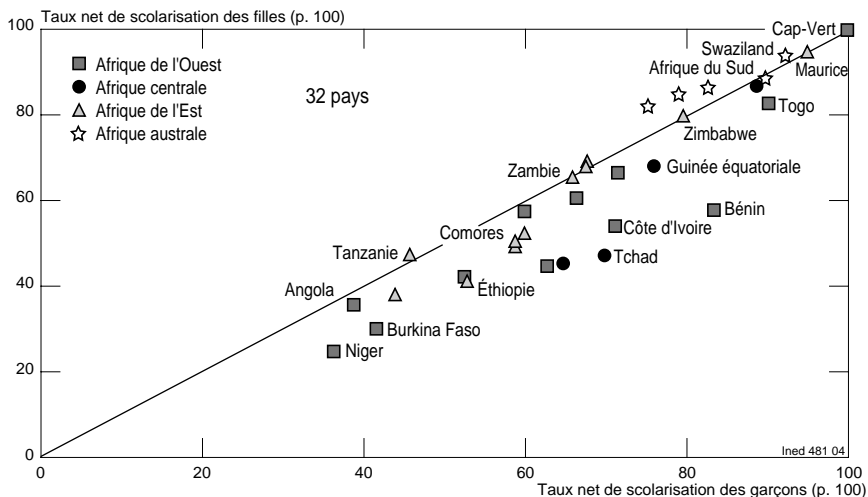


Figure 13. – Taux nets de scolarisation primaire par sexe dans 32 pays d'Afrique sub-saharienne en 2000 (en %)

Source : à partir des données de l'Unesco (2003).

⁽⁶¹⁾ Ce taux est calculé à partir des données du tableau annexe A.14 : les taux moyens de scolarisation primaire (non pondérés) pour l'ensemble de la région sont de 68 % pour les garçons et de 61 % pour les filles.

de scolarisation. En revanche, dans des pays comme le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Tchad ou la Centrafrique, la sous-scolarisation des filles atteint environ 30 %. Depuis trente ans, bien des progrès ont été réalisés mais sans qu'il y ait nécessairement eu un recul important de la discrimination à l'encontre des filles. On s'interroge même actuellement, à juste titre, sur les effets des récessions économiques, des déclinés fréquents de pouvoir d'achat et du coût croissant de l'éducation (par exemple en cas de privatisation d'une partie du système éducatif) sur la demande de scolarisation de la part des parents et sur les effets que cela peut avoir sur les disparités entre garçons et filles. Nous n'entrerons pas ici dans les divers facteurs historiques, économiques et culturels à l'origine de cette persistance fréquente des inégalités⁽⁶²⁾.

3. *Des relations avec la fécondité et la mortalité infantile des pays*

Calculée sur l'ensemble des pays en développement, on observe classiquement une relation assez étroite entre la fécondité ou la mortalité des enfants et le niveau d'éducation. Qu'en est-il en 2000 pour l'Afrique sub-saharienne avec le niveau d'alphabétisation des femmes ?

La corrélation avec *la fécondité* est relativement bonne, avec un coefficient de détermination (R^2) de 0,45, et elle est bien sûr négative (figure 14) : globalement, plus la proportion de femmes alphabétisées est élevée, plus la fécondité des pays est basse. Cette relation est sensiblement meilleure que celle (non présentée ici) que nous avons calculée avec le taux d'alphabétisation des hommes ($R^2 = 0,31$). Elle est par ailleurs voisine de celle que nous avons obtenue ($R^2 = 0,39$) sur 152 régions d'Afrique en utilisant la proportion de femmes de 15-49 ans sans instruction (Tabutin et Schoumaker, 2001). Cela dit, la corrélation entre fécondité et éducation est un peu moins bonne en Afrique qu'ailleurs, où les coefficients de détermination peuvent atteindre 0,60. Elle existe, mais elle est, sans grande surprise, loin d'être parfaite (figure 14) : il y a notamment une assez forte variabilité de la fécondité dans les pays où le taux d'alphabétisation des femmes dépasse 60 %.

La corrélation avec *la mortalité infantile* (figure 15) est plus faible ($R^2 = 0,31$), sans toutefois être négligeable. Elle est bien sûr globalement négative mais avec plus de variabilité aux faibles niveaux d'alphabétisation (autour de 30 %) comme aux niveaux les plus élevés (au-delà de 60 %). Calculé avec le taux d'alphabétisation masculin, le coefficient chute à 0,20.

(62) Pour beaucoup plus d'informations, voir les dix communications de la session sur « Les inégalités persistantes en matière d'éducation » du colloque *Genre, Population et Développement*, qui s'est tenu à Abidjan en juillet 2001. Voir notamment la communication de synthèse historique de M.-F. Lange ainsi que celle de R. Clignet et M. Pilon sur la méthodologie de mesure des inégalités (http://www.ined.fr/rencontres/colloques/coll_abidjan/genre/colgens6.htm).

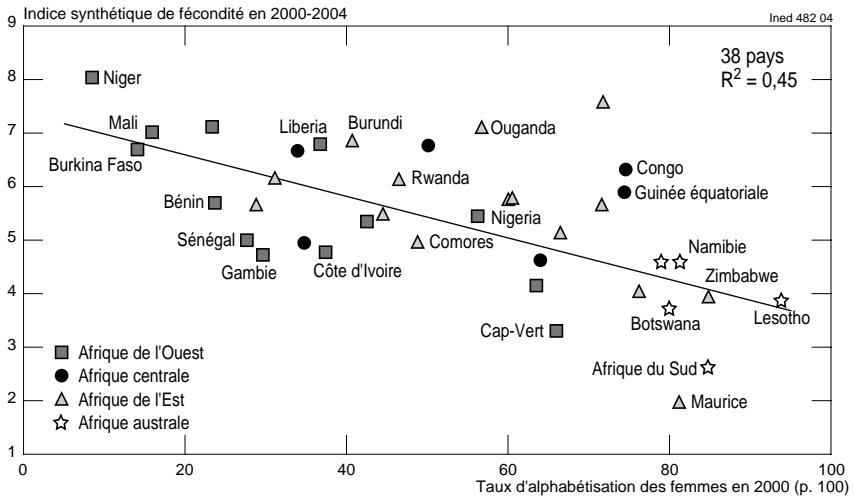


Figure 14. – Relation entre la fécondité et l'alphabétisation des femmes adultes dans 38 pays d'Afrique sub-saharienne en 2000

Source : à partir des données des Nations unies (2003b) et de l'Unesco (2003).

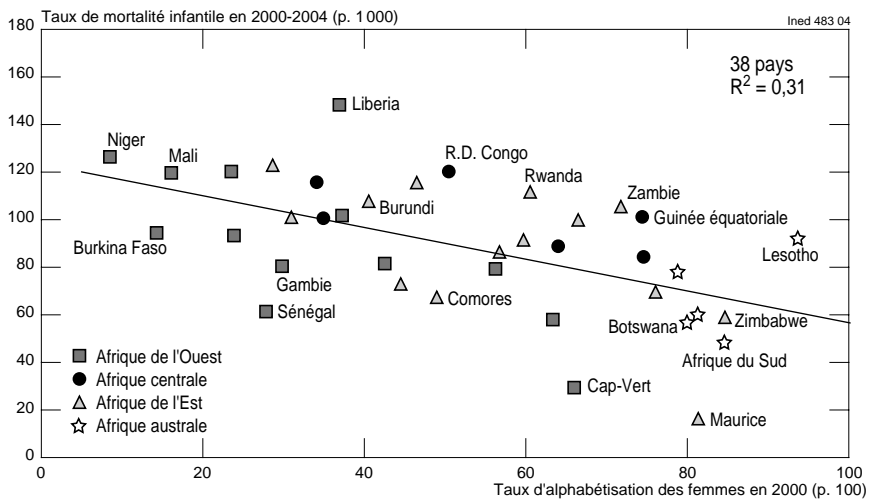


Figure 15. – Relation entre la mortalité infantile et l'alphabétisation des femmes adultes dans 38 pays d'Afrique sub-saharienne en 2000

Source : à partir des données des Nations unies (2003b) et de l'Unesco (2003).

Cette rapide analyse synchronique, à un niveau agrégé, confirme simplement le rôle non négligeable du développement éducatif, et celui sensiblement plus important de l'instruction des femmes.

Conclusion

Depuis longtemps, les démographes s'interrogeaient sur les spécificités de la démographie de l'Afrique sub-saharienne (est-elle une région à part ?), sur les dates et rythmes des déclinis prévisibles de la fécondité ou de certains paramètres de la nuptialité (la polygamie, le divorce), sur les incertitudes en matière de santé, sur la pertinence des comparaisons avec d'autres expériences régionales dans le monde, sur les rôles respectifs des cultures, des religions et des politiques dans les « retards » pris dans l'ensemble par l'Afrique par rapport aux autres régions. Plus récemment, on s'interroge en outre sur le rôle que peuvent avoir sur la dynamique des systèmes démographiques africains la pauvreté et les récessions économiques, le sida, les conflits et les guerres ainsi que l'évolution du statut de la femme.

Cette chronique, qui englobe l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara, ne pouvait pas – et ce n'était pas son objectif – répondre à l'ensemble de ces questions, vastes, complexes et pluridisciplinaires, mais cruciales pour la compréhension de ce qui se passe ou risque sous peu de se passer. Avec le matériel statistique dont on dispose sur l'Afrique, et qui s'améliore sensiblement depuis une quinzaine d'années, nous avons simplement essayé de dégager les grandes tendances depuis cinquante ans, en particulier depuis les années 1970, et les caractéristiques actuelles des diverses composantes des dynamiques démographiques des 48 pays et des 4 sous-régions qui constituent l'Afrique sub-saharienne.

Très brièvement, quelques grandes caractéristiques nous paraissent définir l'évolution sociodémographique récente de l'Afrique :

— *des informations démographiques de base encore insuffisantes*, notamment sur les pays les plus défavorisés ou les plus touchés par les guerres et conflits (Congo R.D., Congo, Angola, Somalie, etc.). La statistique sociale et sanitaire est souvent particulièrement pauvre ;

— *la diversification rapide et sans doute irréversible* des régimes démographiques africains. Depuis dix ou quinze ans, il n'y a plus *une* démographie africaine mais *des* démographies africaines ;

— *la fragilité ou l'incertitude de certains changements* récents, en matière par exemple de polygamie, de contraception, d'éducation ou encore de mortalité adulte dans les pays assez peu touchés par le sida ;

— *la réversibilité, parfois brutale, de certains progrès*, particulièrement notable en matière de mortalité et de santé adulte ou infant-juvénile, avec le sida, les conflits et la pauvreté. Région de loin la plus

développée mais particulièrement frappée par le sida, l'Afrique australe se retrouve paradoxalement avec l'espérance de vie la plus basse ;

— *l'accroissement des inégalités sociales et des disparités spatiales* au sein des pays, tant pour la fécondité que pour la nuptialité et la mortalité, notamment entre les mondes paysans et urbains, entre les groupes sociaux pauvres et les autres ;

— *l'incertitude existant encore sur le rôle de la pauvreté économique ou culturelle des ménages ou des individus dans le devenir des transitions démographiques aujourd'hui amorcées*. Incertitude qui s'applique également au rôle des rapports de genre.

L'avenir des transitions africaines est sans doute plus qu'ailleurs et plus que jamais fait d'interrogations et de paradoxes. Leur cheminement et leur rythme seront sans doute différents de ceux de nombreux pays d'Amérique latine, d'Asie ou d'Afrique du Nord, au vu des tendances des années 1980 et 1990 et des situations économiques, sociales et politiques actuelles et à moyen terme. Les transitions sociodémographiques récentes dans le monde, certes extrêmement diversifiées, présentent globalement des différences avec celles de l'Afrique au sud du Sahara : elles ont pour cadre des cultures et des structures familiales souvent plus « individualistes », des économies en moyenne plus performantes, des États plus forts et stables, un développement social (éducation, santé) plus avancé et des politiques de planification familiale beaucoup plus fermes. Mais comment être sûr que globalement les changements seront plus lents en Afrique qu'ailleurs ?

L'avenir démographique de l'Afrique sub-saharienne sera sans doute conduit par le *développement* pour les quelques pays les plus avancés et stables à tout point de vue (transitions plutôt classiques, assez rapides et irréversibles), par la *pauvreté* pour un bon nombre (transitions, à notre avis, plutôt lentes, tardives et fragiles), et par les *crises* pour quelques-uns (transitions accidentées, faites d'avancées et de reculs conjoncturels). Dans un contexte économique qui, globalement, restera sans doute très difficile pendant quelques décennies, le rythme et les modalités des transitions dépendront en grande partie des politiques et des priorités d'action en matière de développement social, d'éducation, de santé et de planification familiale dont se doteront les pays, les sociétés et les communautés concernés.

Remerciements. Nous remercions Jean-Pierre Zamwangana, chercheur-doctorant à l'Institut de démographie de l'UCL, pour son aide précieuse au rassemblement des données.

ANNEXE STATISTIQUE

TABLEAU A.1. – RECENSEMENTS, ENQUÊTES NATIONALES DE FÉCONDITÉ-SANTÉ
ET AUTRES ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES NATIONALES AUPRÈS DES MÉNAGES DE 1960 À 2004 (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Recensements	Enquêtes fécondité-santé (EMF, EDS et équivalents)	Autres enquêtes démographiques auprès des ménages
Afrique de l'Ouest			
Bénin	1979 1992 2002	1982 1996 2001	1961
Burkina Faso	1975 1985 1996	1992 1998 2003	1960-1961 1974-1975 ^(a) 1984 1991 1993 ^(a) 2000 ^(a)
Cap-Vert	1960 1970 1980 1990 2000	1988 1998	
Côte d'Ivoire	1975 1988 1998	1981 1994 1998	1962-1964 1978-1979 ^(b) 1993 ^(a)
Gambie	1963 1973 1983 1993 2003		1990
Ghana	1960 1970 1984 2000	1979-1980 1988 1993 1998 2003	1960 ^(c) 1968-1969 1970 ^(c)
Guinée	1983 1996	1992 1999	1993 ^(a)
Guinée-Bissau	1960 1970 1979 1991 2000		
Liberia	1962 1974 1984 2003	1986	1970-1971 1974 ^(c) 1978-1979 1988
Mali	1976 1987 1998	1987 1995 2001	1960-1961 1992-1993 ^(a)
Mauritanie	1977 1988 2000	1981 1991 2000	1964-1965 1993 ^(a)
Niger	1977 1988 2001	1992 1998	1959-1960 1993 ^(a)
Nigeria	1963 1973 1991 2004	1981-1982 1990 1999 2003	1980-1981 1993 ^(a)
Sénégal	1976 1988 2002	1978 1986 1992 1997 1999 2004	1960 1970-1971 1979-1980 1993 ^(a)
Sierra Leone	1963 1974 1985 2003		1969-1970 1987
Togo	1970 1981 2002	1988 1998	1961 1971 1996
Afrique centrale			
Angola	1960 1970 1984 2002		
Cameroun	1976 1987 2002	1978 1991 1998 2004	1960-1962
Centrafrique	1962 1975 1988 1998	1980 1994	1959-1960
Congo	1974 1984 1996		1960-1961
Congo (RD)	1984		1975-1976 ^(d)
Gabon	1960 1970 1980 1993 2003	2000	1960-1961
Guinée équatoriale	1960 1971 1983 1994 2002		1981
Sao Tomé-et-Principe	1960 1970 1981 1991 2001		
Tchad	1993 2003	1996	1964 1980 1998 ^(a)

Sous-régions et pays	Recensements	Enquêtes fécondité-santé (EMF, EDS et équivalents)	Autres enquêtes démographiques auprès des ménages
Afrique de l'Est			
Burundi	1979 1990 2000	1987	1960 1965 1970-1971 ^(b)
Comores	1966 1980 1991 2001	1996	
Djibouti	1983 2003		1991 1996 2002
Érythrée	1984 2003	1995 2002	
Éthiopie	1984 1994 2004	1990 1995 2000	1964-1967 1968-1971 1981 1989-1990
Kenya	1962 1969 1979 1989 1999	1977-1978 1989 1993 1998 2003	1962 ^(c) 1973 1977 1984 ^(e)
Madagascar	1975 1993 2003	1992 1997 2003	1966 1984
Malawi	1966 1977 1987 1998	1984 1992 2000	1961 1970-1972 1982
Maurice	1962 1972 1983 1990 2000	1985 ^(e) 1991 ^(e)	
Mozambique	1960 1970 1980 1997	1987 1997	1991
Ouganda	1969 1980 1991 2002	1988 1995 2000	2002
Réunion	1961 1967 1974 1982 1990 1999		1963 1986 ^(e) 1990 ^(e) 1997
Rwanda	1978 1991 2002	1983 1992 2000	1970 1981 ^(c)
Somalie	1975 1986		1980-1981
Soudan	1973 1983 1993	1978-1979 1989-1990 1992-1993	1964-1966
Tanzanie	1967 1978 1988 2002	1991 1996 2003	1973
Zambie	1963 1969 1980 1990 2000	1992 1996 2001	1974 1988
Zimbabwe	1962 1969 1982 1992 2002	1988 1994 1999	1982-1983 1984 1987-1988
Afrique australe			
Afrique du Sud	1960 1970 1980 1985 1991 1996 2001	1989 1998	
Botswana	1964 1971 1981 1991 1996 2001	1988	1961 1978-1979 1983 1984 ^(e) 1986-1987 1999 ^(a)
Lesotho	1966 1976 1986 1996 2001	1977	1971 1973 1988-1989 1993
Namibie	1960 1970 1981 1991 2001	1992 2000	
Swaziland	1966 1976 1986 1997	1986	1973 1988
<p><i>Notes</i> : deux petits pays sont exclus : les Seychelles (environ 80 000 hab. en 2000) et Sainte-Hélène (environ 7 500 hab.).</p> <p>(a) Enquêtes sur les migrations.</p> <p>(b) Enquêtes à passages répétés.</p> <p>(c) Enquêtes complémentaires ou de vérification du recensement.</p> <p>(d) Enquête démographique à objectifs multiples sur l'Ouest du Zaïre (EDOZA).</p> <p>(e) Enquêtes sur la prévalence de la contraception et la fécondité.</p> <p><i>Sources</i> : Gendreau (1993), <i>Bureau of Census</i>, diverses recherches personnelles.</p>			

TABLEAU A.2. – SUPERFICIES ET DENSITÉS EN 2000, ÉVOLUTION DE LA POPULATION DE 1950 À 2040 (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Histoire		Superficie ^(a) (milliers de km ²)	Densité (hab./km ²) (2000)		Effectifs de la population (milliers d'habitants) ^(b)							
	Pays colonisateur	Indépendance en		Brute ^(b)	Terres arables ^(c)	1950	1970	1990	2000	2005	2010	2020	2040
Afrique de l'Ouest			6145	37	–	60408	96713	171509	226129	256918	289381	357841	502003
Bénin	France	1960	113	55	281	2046	2705	4650	6222	7103	8068	10122	13960
Burkina Faso	France	1960	274	43	309	3960	5441	8921	11905	13798	16018	21403	35130
Cap-Vert	Portugal	1975	4	108	1063	146	267	349	436	482	529	623	769
Côte d'Ivoire	France	1960	323	49	215	2775	5521	12505	15827	17165	18526	21026	25519
Gambie	Grande-Bretagne	1965	11	116	558	294	469	936	1312	1499	1680	2015	2644
Ghana	Grande-Bretagne	1957	239	82	337	4900	8623	15277	19593	21833	24117	28521	36423
Guinée	France	1958	246	33	547	2550	3897	6122	8117	8788	9990	12478	17340
Guinée-Bissau	Portugal	1974	36	38	391	505	584	1016	1367	1584	1827	2421	3934
Liberia	–	–	111	26	495	824	1387	2135	2943	3603	4130	5367	8327
Mali	France	1960	1242	10	255	3520	5607	9046	11904	13829	16208	22140	37893
Mauritanie	France	1960	1027	3	529	825	1262	2030	2645	3069	3520	4473	6510
Niger	France	1960	1268	8	239	2500	4141	7650	10742	12873	15388	21731	41145
Nigeria	Grande-Bretagne	1960	925	124	372	29790	47980	86018	114746	130236	145922	177158	234501
Sénégal	France	1960	197	48	391	2500	4158	7345	9393	10587	11869	14422	19404
Sierra Leone	Grande-Bretagne	1961	72	62	803	1944	2657	4054	4415	5340	5859	6979	9348
Togo	France	1960	57	80	173	1329	2014	3455	4562	5129	5730	6962	9156
Afrique centrale			6620	14	–	26316	40610	71053	92960	106241	120960	153827	229816
Angola	Portugal	1975	1248	10	375	4131	5588	9340	12386	14533	16842	22036	35882
Cameroun	France	1960	476	32	211	4466	6631	11661	15117	16564	17775	19874	23499
Centrafrique	France	1960	624	6	184	1314	1871	2943	3715	3962	4265	4900	6038
Congo	France	1960	342	10	1567	808	1323	2494	3447	3921	4532	5960	9159
Congo (RD)	Belgique	1960	2348	21	616	12184	20603	37370	48571	56079	64714	84418	129973
Gabon	France	1960	268	5	254	469	529	953	1258	1375	1509	1781	2284
Guinée équatoriale	Espagne	1968	28	16	198	226	294	354	456	521	590	736	1040
Sao Tomé-et-Principe	Portugal	1975	1	155	317	60	74	116	149	169	190	232	316
Tchad	France	1960	1285	6	221	2658	3697	5822	7861	9117	10543	13890	21625

Sous-régions et pays	Histoire		Superficie ^(a) (milliers de km ²)	Densité (hab./km ²) (2000)		Effectifs de la population (milliers d'habitants) ^(b)							
	Pays colonisateur	Indépendance en		Brute ^(b)	Terres arables ^(c)	1950	1970	1990	2000	2005	2010	2020	2040
Afrique de l'Est			8877	40	–	74720	122746	219705	283873	317226	352643	429974	594934
Burundi	Belgique	1962	28	225	497	2456	3514	5609	6267	7319	8631	11072	16546
Comores	France	1975	2	315	551	173	275	527	705	812	927	1154	1613
Djibouti	France	1977	23	29	–	62	157	528	666	721	773	912	1235
Érythrée	–	1993	118	32	741	1140	1831	3103	3712	4456	5256	6584	9294
Éthiopie	–	–	1106	59	611	18434	29035	48856	65590	74189	83530	104797	149336
Kenya	Grande-Bretagne	1963	581	53	676	6265	11370	23585	30549	32849	34964	38507	42987
Madagascar	France	1960	588	27	456	4230	6939	11956	15970	18409	21093	27077	39947
Malawi	Grande-Bretagne	1964	119	96	508	2881	4518	9456	11370	12572	13796	16668	22927
Maurice	Grande-Bretagne	1968	2	581	1119	493	826	1057	1186	1244	1294	1382	1465
Mozambique	Portugal	1975	803	22	432	6442	9392	13465	17861	19495	21009	24004	29068
Ouganda	Grande-Bretagne	1962	241	100	337	5210	9428	17359	23487	27623	32996	46634	83344
Réunion	DOM	–	3	288	1903	248	461	604	723	777	821	900	996
Rwanda	Belgique	1962	26	293	672	2162	3776	6775	7724	8607	9559	11557	15310
Somalie	Grande-Bretagne	1960	638	14	817	2264	3601	7163	8720	10742	12948	17928	31936
Soudan	Grande-Bretagne	1956	2509	13	191	9190	14469	24927	31437	35040	38323	44493	55895
Tanzanie	Grande-Bretagne	1961	946	37	704	7886	13756	26068	34837	38365	41931	49784	63445
Zambie	Grande-Bretagne	1964	753	14	197	2440	4228	8200	10419	11043	11768	13558	16899
Zimbabwe	Grande-Bretagne	1980	391	32	378	2744	5170	10467	12650	12963	13024	12963	12691
Afrique australe			2676	19	–	15620	25628	42028	50448	52040	51667	50349	47382
Afrique du Sud	Grande-Bretagne	1910	1222	36	280	13683	22657	36848	44000	45323	44939	43683	40940
Botswana	Grande-Bretagne	1966	582	3	46	419	700	1354	1725	1801	1767	1665	1463
Lesotho	Grande-Bretagne	1966	30	59	549	734	1028	1570	1785	1797	1757	1663	1461
Namibie	Afrique du Sud	1990	825	2	231	511	800	1409	1894	2032	2120	2276	2539
Swaziland	Grande-Bretagne	1968	17	60	549	273	443	847	1044	1087	1084	1062	979
Total Afrique sub-saharienne			24318	27	–	177064	285697	504295	653410	732425	814651	991991	1374135

^(a) Les superficies sont tirées de G. Pison (2003), « Tous les pays du monde », *Population et sociétés*, n° 392.

^(b) Les densités brutes ainsi que les effectifs de population (1950 à 2040) proviennent du *World Population Prospects. The 2002 Revision*, Population database on-line (www.unpopulation.org). Hypothèse moyenne des Nations unies pour les projections.

^(c) Les densités par km² de terres arables ont été calculées à partir des superficies des terres arables et des cultures permanentes, issues de FAOSTAT 2000 (www.fao.org).

TABLEAU A.3. – TAUX DE NATALITÉ, DE MORTALITÉ ET D'ACCROISSEMENT NATUREL DE 1950 À 2005 (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Taux de natalité (p. mille)						Taux de mortalité (p. mille)						Taux d'accroissement naturel annuel moyen (p. cent) ^(a)					
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
Afrique de l'Ouest	50,3	49,7	49,1	48,4	44,3	40,6	28,7	25,1	21,6	18,2	15,5	14,9	2,2	2,5	2,8	3,0	2,9	2,6
Bénin	48,2	53,9	52,4	51,5	45,7	41,5	35,8	30,3	23,7	18,0	15,2	14,3	1,2	2,4	2,9	3,4	3,1	2,7
Burkina Faso	47,4	51,8	52,6	50,6	49,0	47,8	31,7	27,6	24,0	19,6	17,6	17,4	1,6	2,4	2,9	3,1	3,1	3,0
Cap-Vert	50,9	48,5	38,8	39,5	34,8	27,7	18,6	15,0	11,7	10,7	7,5	5,4	3,2	3,4	2,7	2,9	2,7	2,2
Côte d'Ivoire	53,5	52,6	50,9	49,9	40,4	35,5	27,9	23,8	19,4	15,9	15,7	20,0	2,6	2,9	3,2	3,4	2,5	1,6
Gambie	47,6	51,3	49,0	47,3	41,0	35,8	34,0	31,4	26,0	20,5	14,9	12,7	1,4	2,0	2,3	2,7	2,6	2,3
Ghana	48,0	47,6	47,4	45,8	37,5	31,9	21,6	18,7	16,0	13,4	10,7	10,0	2,6	2,9	3,1	3,2	2,7	2,2
Guinée	54,7	52,3	51,6	51,4	44,0	42,9	34,1	30,1	27,5	24,2	18,7	16,1	2,1	2,2	2,4	2,7	2,5	2,7
Guinée-Bissau	43,8	44,9	50,3	49,0	50,0	49,9	31,0	29,0	28,4	25,6	22,1	19,6	1,3	1,6	2,2	2,3	2,8	3,0
Liberia	48,8	49,1	49,5	49,8	50,1	50,0	25,7	23,8	21,8	19,8	24,2	21,5	2,3	2,5	2,8	3,0	2,6	2,9
Mali	53,5	53,0	51,6	49,8	49,7	49,9	31,3	28,3	25,3	19,6	17,3	16,2	2,2	2,5	2,6	3,0	3,2	3,4
Mauritanie	44,4	46,8	45,4	43,2	42,4	41,8	26,7	23,7	20,6	17,5	16,2	14,2	1,8	2,3	2,5	2,6	2,6	2,8
Niger	57,7	55,9	56,2	56,4	55,2	55,2	33,3	29,8	26,7	24,3	22,1	19,1	2,4	2,6	3,0	3,2	3,3	3,6
Nigeria	50,1	48,4	47,6	47,5	44,0	39,1	27,7	24,2	20,6	17,5	14,3	13,7	2,2	2,4	2,7	3,0	3,0	2,5
Sénégal	49,0	49,6	49,2	46,0	41,3	37,1	27,8	26,8	23,9	18,2	14,2	12,2	2,1	2,3	2,5	2,8	2,7	2,5
Sierra Leone	47,9	48,4	48,9	48,9	49,6	49,6	34,3	32,2	29,2	28,8	29,6	29,3	1,4	1,6	2,0	2,0	2,0	2,0
Togo	49,3	48,3	47,5	45,4	42,5	38,5	29,2	24,1	19,6	15,8	13,2	14,7	2,0	2,4	2,8	3,0	2,9	2,4
Afrique centrale	46,2	46,9	47,4	47,7	47,2	47,0	28,0	24,3	20,7	18,8	19,2	20,5	1,8	2,3	2,7	2,9	2,8	2,7
Angola	49,8	49,4	49,5	51,1	52,1	52,3	34,8	30,2	26,1	24,6	24,7	23,6	1,5	1,9	2,3	2,7	2,7	2,9
Cameroun	43,6	44,5	45,5	44,9	40,9	35,4	27,3	23,5	19,5	15,9	12,8	16,9	1,6	2,1	2,6	2,9	2,8	1,9
Centrafrique	43,4	42,7	42,6	42,7	41,8	37,7	29,1	24,9	21,7	18,9	18,1	22,1	1,4	1,8	2,1	2,4	2,4	1,6
Congo	42,3	43,3	43,8	43,4	44,2	44,2	21,9	17,2	13,0	11,7	12,7	15,4	2,0	2,6	3,1	3,2	3,2	2,9
Congo (RD)	47,3	48,3	48,2	48,7	48,7	50,2	25,4	22,2	19,2	18,2	20,3	21,4	2,2	2,6	2,9	3,1	2,8	2,9
Gabon	30,5	31,3	37,7	39,7	38,5	31,6	27,7	24,8	19,4	14,0	12,0	11,5	0,3	0,7	1,8	2,6	2,7	2,0
Guinée équatoriale	41,7	40,7	41,8	43,3	43,4	43,1	30,6	27,0	24,0	21,3	18,3	16,7	1,1	1,4	1,8	2,2	2,5	2,6
Sao Tomé-et-Principe	41,5	50,6	42,8	39,7	35,3	33,2	26,7	18,5	12,1	9,6	7,4	5,8	1,5	3,2	3,1	3,0	2,8	2,7
Tchad	45,1	46,2	48,7	48,1	48,7	48,4	32,0	28,8	25,7	22,5	20,3	19,5	1,3	1,7	2,3	2,6	2,8	2,9

Sous-régions et pays	Taux de natalité (p. mille)						Taux de mortalité (p. mille)						Taux d'accroissement naturel annuel moyen (p. cent) ^(a)					
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
Afrique de l'Est	50,9	50,0	49,2	47,8	44,9	41,3	28,1	23,5	19,8	17,7	17,7	18,8	2,3	2,7	2,9	3,0	2,7	2,3
Burundi	48,4	45,3	44,0	47,2	45,8	44,2	25,1	22,0	20,2	18,6	23,0	20,6	2,3	2,3	2,4	2,9	2,3	2,4
Comores	46,5	50,2	49,3	48,7	39,4	36,7	23,5	20,5	16,7	13,7	10,2	8,4	2,3	3,0	3,3	3,5	2,9	2,8
Djibouti	50,3	52,2	48,2	44,3	43,1	39,5	30,4	26,6	22,5	19,0	17,3	17,7	2,0	2,6	2,6	2,5	2,6	2,2
Érythrée	48,4	48,5	46,1	44,9	43,2	39,7	28,0	23,6	19,7	19,9	14,2	11,9	2,0	2,5	2,6	2,5	2,9	2,8
Éthiopie	52,0	50,4	48,8	48,2	47,0	42,5	31,8	26,5	22,2	21,4	18,4	17,7	2,0	2,4	2,7	2,7	2,9	2,5
Kenya	51,5	51,7	52,0	50,1	38,2	32,5	24,8	20,4	16,3	12,6	10,1	16,7	2,7	3,1	3,6	3,8	2,8	1,6
Madagascar	51,2	48,3	46,1	45,4	44,5	41,6	27,4	23,3	19,6	17,3	15,9	13,2	2,4	2,5	2,7	2,8	2,9	2,8
Malawi	52,3	54,7	56,7	52,9	49,4	44,6	30,9	27,5	23,5	20,7	20,1	24,1	2,1	2,7	3,3	3,2	2,9	2,1
Maurice	47,3	42,5	26,1	22,0	20,4	16,2	15,7	9,1	7,0	6,5	6,7	6,7	3,2	3,3	1,9	1,6	1,4	1,0
Mozambique	48,7	48,1	47,5	45,7	44,6	41,2	32,7	27,4	23,0	21,4	20,6	23,5	1,6	2,1	2,5	2,4	2,4	1,8
Ouganda	50,6	49,5	50,5	50,5	50,4	50,7	24,5	20,6	19,0	18,1	20,8	16,7	2,6	2,9	3,2	3,2	3,0	3,4
Réunion	39,4	39,8	30,7	23,6	21,6	18,6	13,3	10,3	7,0	6,0	5,4	5,5	2,6	3,0	2,4	1,8	1,6	1,3
Rwanda	51,8	52,8	52,6	51,1	43,9	44,0	24,0	21,6	20,3	18,8	41,4	21,8	2,8	3,1	3,2	3,2	0,3	2,2
Somalie	53,4	51,0	51,3	51,8	52,0	52,1	31,8	27,4	23,7	22,0	24,8	17,7	2,2	2,4	2,8	3,0	2,7	3,4
Soudan	47,2	47,9	47,3	41,6	37,9	33,0	26,3	24,2	20,7	15,9	13,3	11,7	2,1	2,3	2,9	3,0	2,4	2,2
Tanzanie	51,1	51,1	49,3	46,4	44,4	39,3	26,6	22,4	18,5	14,4	14,9	18,1	2,5	2,9	3,1	3,2	3,0	2,1
Zambie	50,1	49,4	51,5	45,2	45,6	42,2	26,1	21,4	16,5	14,3	18,8	28,0	2,4	2,8	3,5	3,1	2,7	1,4
Zimbabwe	47,6	48,2	48,0	44,9	38,1	32,1	18,1	15,4	12,5	10,0	12,1	27,0	3,0	3,3	3,6	3,5	2,6	0,5
Afrique australe	43,5	42,0	38,0	34,9	29,4	23,8	20,6	16,9	13,4	10,5	8,4	17,6	2,3	2,5	2,5	2,4	2,1	0,6
Afrique du Sud	43,3	41,6	37,1	33,9	28,3	22,6	20,3	16,7	13,1	10,2	8,1	16,9	2,3	2,5	2,4	2,4	2,0	0,6
Botswana	48,2	48,5	48,4	42,3	34,1	30,6	19,7	15,5	12,0	7,6	6,2	21,4	2,9	3,3	3,6	3,5	2,8	0,9
Lesotho	42,2	41,7	42,2	41,5	34,6	31,1	23,1	18,7	17,0	15,2	13,4	25,7	1,9	2,3	2,5	2,6	2,1	0,5
Namibie	43,3	44,2	45,1	41,2	40,9	33,4	24,5	20,4	16,3	12,7	10,4	17,9	1,9	2,4	2,9	2,9	3,1	1,6
Swaziland	51,3	49,5	49,7	46,6	40,7	34,5	24,2	22,1	18,3	14,4	11,6	25,4	2,7	2,7	3,1	3,2	2,9	0,9
Total Afrique sub-saharienne	49,1	48,6	47,8	46,6	43,4	40,2	27,5	23,6	20,0	17,3	16,2	17,2	2,2	2,5	2,8	2,9	2,7	2,3

^(a) Les taux d'accroissement naturel ont été calculés à partir des taux de natalité et de mortalité issus de Nations unies (2003b, référence ci-dessous).

Source : Nations unies (2003b), *World Population Prospects. The 2002 Revision*, Population database on-line (www.unpopulation.org).

TABLEAU A.4. – ÂGES MÉDIANS AU PREMIER MARIAGE (HOMMES ET FEMMES) ET INTENSITÉS DE LA POLYGAMIE ET DU CÉLIBAT (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Âge médian hommes ^(a)		Âge médian femmes ^(a)		Écarts d'âge entre époux		% de femmes en union polygame vers 1999		% de femmes célibataires à 40-49 ans vers 1999
	Vers 1979	Vers 1999	Vers 1979	Vers 1999	Vers 1979	Vers 1999	à 15-49 ans	à 35-44 ans	
Afrique de l'Ouest									
Bénin	24,7	25,5	17,4	20,1	7,3	5,4	46	57	1,1
Burkina Faso	27,5	26,1	17,2	18,9	10,3	7,2	55	67	0,2
Cap-Vert	26,7	27,7	25,8	23,9	0,9	3,8	–	–	5,6
Côte d'Ivoire	27,9	28,1	17,6	20,7	10,3	7,4	35	45	1,0
Gambie	27,9	–	17,2	–	10,7	–	–	–	–
Ghana	26,2	26,3	19,2	20,6	6,9	5,7	23	29	1,0
Guinée	28,5	27,5	20,6	18,0	7,8	9,5	54	67	0,2
Guinée-Bissau	–	28,2 ^(b)	–	18,6	–	9,6	–	–	–
Liberia	26,2	–	18,6	–	7,6	–	–	–	–
Mali	27,2	27,7	17,4	19,0	9,7	8,7	43	56	0,2
Mauritanie	27,1	28,9	18,6	20,9	8,5	8,0	12	16	2,0
Niger	21,7	23,5	16,2	16,8	5,5	6,7	38	50	0,3
Nigeria	–	26,5	18,6	20,6	–	5,9	36	44	1,2
Sénégal	28,5	30,1	18,2	20,6	10,3	9,5	46	59	0,3
Sierra Leone	–	27,4 ^(c)	–	18,2 ^(c)	–	9,2	–	–	–
Togo	25,4	26,3	18,4	21,0	7,1	5,3	43	54	0,4
Afrique centrale									
Angola	23,9 ^(d)	–	19,0 ^(d)	–	4,9	–	–	–	–
Cameroun	26,3	26,1	18,1	19,4	8,2	6,8	33	44	1,3
Centrafrique	22,5	23,2	18,0	18,5	4,6	4,7	29	36	1,8
Congo	27,3 ^(e)	–	20,9 ^(e)	–	6,4	–	–	–	–
Congo (RD)	24,9 ^(f)	26,0	20,0 ^(f)	21,0	4,9	5,0	–	–	1,8
Gabon	–	25,8	–	21,0	–	4,8	22	27	3,0
Guinée équatoriale	26,4	–	20,7	–	5,6	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	25,1	–	21,4	–	3,7	–	–	–
Tchad	–	23,5	–	17,7	–	5,8	40	49	0,1

Sous-régions et pays	Âge médian hommes ^(a)		Âge médian femmes ^(a)		Écarts d'âge entre époux		% de femmes en union polygame vers 1999		% de femmes célibataires à 40-49 ans vers 1999
	Vers 1979	Vers 1999	Vers 1979	Vers 1999	Vers 1979	Vers 1999	à 15-49 ans	à 35-44 ans	
Afrique de l'Est									
Burundi	22,9	–	20,4	–	2,5	–	–	–	–
Comores	26,2	28,5	19,5	22,8	6,7	5,7	25	35	0,3
Djibouti	–	29,4	–	25,9	–	3,5	–	–	–
Érythrée	–	24,9	–	19,0	–	5,9	7	10	2,3
Éthiopie	22,1 ^(g)	25,3	17,6 ^(g)	19,8	4,5	5,5	14	19	0,3
Kenya	25,3	25,7	19,8	20,9	5,5	4,8	16	22	2,3
Madagascar	22,9	–	19,7	19,5	3,2	–	4	4	1,8
Malawi	22,4	23,4	17,4	18,8	5,0	4,6	17	22	0,3
Maurice	27,0 ^(h)	–	22,2 ^(h)	–	4,8	–	–	–	26,0
Mozambique	–	21,8	–	17,8	–	3,9	27	35	2,8
Ouganda	23,9	21,9	17,5	17,5	6,3	4,4	33	39	0,6
Réunion	25,0 ⁽ⁱ⁾	31,1 ⁽ⁱ⁾	22,9 ⁽ⁱ⁾	28,9 ⁽ⁱ⁾	2,1	2,2	–	–	–
Rwanda	24,0	25,3	20,6	21,7	3,4	3,6	12	16	1,5
Somalie	26,0	–	19,8	–	6,2	–	–	–	–
Soudan	27,3	30,9	20,9	24,3	6,4	6,6	–	–	–
Tanzanie	24,6	24,9	18,8	20,0	5,7	4,9	29	35	1,1
Zambie	24,8	24,3	19,4	19,9	5,4	4,4	16	24	0,6
Zimbabwe	24,9	25,2	19,9	20,3	5,0	4,9	15	17	1,1
Afrique australe									
Afrique du Sud	27,3	30,8	25,2	28,2	2,1	2,5	13	13	13,0
Botswana	31,1	–	26,8	–	4,3	–	–	–	–
Lesotho	24,4	–	19,5	–	4,8	–	–	–	–
Namibie	–	31,1	–	27,8	–	3,3	13	15	15,5
Swaziland	34,9 ^(j)	–	31,6 ^(j)	–	3,3	–	–	–	–

(a) Âges auxquels il reste 50 % de célibataires. Calculés par V. Hertrich (2001) et nous-mêmes de la même façon, ils sont basés sur les proportions de célibataires par âge tirées essentiellement des recensements pour les années 1970 et des dernières enquêtes EDS pour la fin des années 1990 (1994-2002).

(b) Recensement de 1991.

(c) *Demographic and Social Monitoring Survey* de 1992.

(d) Recensement de 1970.

(e) Moyenne des résultats aux recensements de 1974 et 1984.

(f) Âges moyens calculés au recensement de 1984 et à l'enquête MICS2 de 2001.

(g) Recensement de 1984.

(h) Moyenne des résultats aux recensements de 1972 et 1983.

(i) Recensements de 1974 et 1990.

(j) Recensement de 1986.

Sources : V. Hertrich (2001) pour les âges médians au 1^{er} mariage avec mise à jour de notre part; rapports nationaux des dernières enquêtes EDS (1994-2002) pour la polygamie et le célibat à 40-49 ans.

TABLEAU A.5. – INDICES SYNTHÉTIQUES DE FÉCONDITÉ ET TAUX NETS DE REPRODUCTION DE 1950 À 2005 (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Indices synthétiques de fécondité ^(a)						Taux nets de reproduction ^(b)					
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
Afrique de l'Ouest	6,9	7,0	7,0	7,0	6,4	5,6	1,9	2,0	2,2	2,4	2,3	2,0
Bénin	6,8	7,0	7,1	7,1	6,5	5,7	1,9	2,1	2,4	2,5	2,4	2,1
Burkina Faso	6,3	7,0	7,8	7,8	7,1	6,7	1,6	1,9	2,4	2,6	2,5	2,3
Cap-Vert	6,6	7,0	7,0	6,1	4,7	3,3	2,3	2,7	2,9	2,6	2,2	1,6
Côte d'Ivoire	7,0	7,3	7,4	7,4	6,0	4,7	1,9	2,2	2,5	2,7	2,1	1,5
Gambie	6,1	6,5	6,5	6,5	5,6	4,7	1,4	1,7	1,9	2,1	2,1	1,8
Ghana	6,9	6,9	6,9	6,7	5,3	4,1	2,1	2,3	2,5	2,5	2,1	1,7
Guinée	7,0	7,0	7,0	7,0	6,4	5,8	1,7	1,8	2,0	2,1	2,1	2,1
Guinée-Bissau	5,6	6,0	7,1	7,1	7,1	7,1	1,4	1,6	2,0	2,1	2,3	2,4
Liberia	6,5	6,8	6,9	6,9	6,9	6,8	1,9	2,1	2,2	2,3	2,1	2,2
Mali	7,1	7,1	7,1	7,0	7,0	7,0	1,8	1,9	2,1	2,3	2,4	2,5
Mauritanie	6,3	6,5	6,5	6,3	6,1	5,8	1,7	1,9	2,1	2,2	2,2	2,2
Niger	7,7	7,9	8,1	8,2	8,0	8,0	1,9	2,1	2,3	2,5	2,5	2,7
Nigeria	6,9	6,9	6,9	6,9	6,4	5,4	1,9	2,0	2,2	2,4	2,3	2,0
Sénégal	6,7	7,0	7,0	6,9	6,1	5,0	1,8	2,0	2,1	2,4	2,3	1,9
Sierra Leone	6,1	6,3	6,5	6,5	6,5	6,5	1,5	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8
Togo	7,1	7,1	7,1	6,7	6,2	5,3	1,9	2,1	2,3	2,4	2,4	2,0
Afrique centrale	5,9	6,1	6,4	6,6	6,5	6,3	1,7	1,9	2,1	2,3	2,2	2,1
Angola	6,4	6,4	6,6	7,0	7,2	7,2	1,5	1,7	1,9	2,1	2,2	2,2
Cameroun	5,7	5,9	6,3	6,4	5,7	4,6	1,6	1,8	2,1	2,3	2,2	1,6
Centrafrique	5,5	5,7	5,7	5,7	5,6	4,9	1,6	1,7	1,9	2,0	2,0	1,6
Congo	5,7	6,0	6,3	6,3	6,3	6,3	1,8	2,2	2,5	2,6	2,5	2,4
Congo (RD)	6,0	6,2	6,5	6,7	6,7	6,7	1,8	2,0	2,2	2,3	2,2	2,2
Gabon	4,0	4,3	5,3	5,5	5,2	4,0	1,1	1,3	1,9	2,2	2,1	1,6
Guinée équatoriale	5,5	5,5	5,7	5,8	5,9	5,9	1,5	1,6	1,7	1,9	2,1	2,1
Sao Tomé-et-Principe	5,7	6,0	5,4	5,4	4,9	4,0	2,0	2,3	2,2	2,3	2,2	1,9
Tchad	5,8	6,1	6,7	6,7	6,7	6,7	1,5	1,7	2,0	2,1	2,2	2,3

Sous-régions et pays	Indices synthétiques de fécondité ^(a)						Taux nets de reproduction ^(b)					
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
Afrique de l'Est	7,0	7,0	7,0	6,9	6,3	5,6	1,9	2,2	2,4	2,4	2,2	1,9
Burundi	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	2,1	2,2	2,3	2,3	2,0	2,1
Comores	6,3	6,9	7,1	7,1	5,8	4,9	1,9	2,3	2,5	2,7	2,3	2,1
Djibouti	7,8	7,8	7,2	6,6	6,3	5,7	1,9	2,1	2,2	2,1	2,1	1,9
Érythrée	7,0	6,8	6,5	6,4	6,2	5,4	1,9	2,1	2,2	2,2	2,4	2,2
Éthiopie	7,2	6,9	6,8	6,8	6,8	6,1	1,8	2,0	2,1	2,2	2,3	2,1
Kenya	7,5	8,1	8,1	7,5	5,4	4,0	2,3	2,8	3,0	3,0	2,2	1,4
Madagascar	6,9	6,8	6,6	6,4	6,2	5,7	1,9	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2
Malawi	6,8	7,0	7,4	7,6	6,8	6,1	1,8	2,0	2,3	2,4	2,2	1,8
Maurice	6,3	5,7	3,3	2,5	2,3	2,0	2,3	2,4	1,4	1,1	1,1	0,9
Mozambique	6,5	6,5	6,6	6,4	6,2	5,6	1,6	1,8	2,0	2,0	2,0	1,6
Ouganda	6,9	6,9	7,1	7,1	7,1	7,1	2,1	2,3	2,4	2,5	2,3	2,6
Réunion	5,7	5,7	3,9	2,9	2,4	2,3	2,3	2,4	1,8	1,4	1,2	1,1
Rwanda	7,8	8,1	8,3	8,1	6,7	5,7	2,3	2,6	2,7	2,7	1,1	1,7
Somalie	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	1,9	2,1	2,2	2,3	2,2	2,5
Soudan	6,7	6,7	6,7	6,0	5,3	4,4	1,9	2,0	2,1	2,1	2,0	1,7
Tanzanie	6,7	6,8	6,8	6,7	6,1	5,1	1,9	2,1	2,3	2,5	2,3	1,8
Zambie	6,6	6,6	7,8	6,8	6,3	5,6	1,9	2,1	2,8	2,5	2,1	1,6
Zimbabwe	6,7	7,3	7,6	6,7	5,1	3,9	2,3	2,7	3,0	2,8	2,0	1,2
Afrique australe	6,5	6,5	5,6	4,7	3,6	2,8	2,1	2,3	2,2	2,0	1,6	1,0
Afrique du Sud	6,5	6,5	5,4	4,6	3,4	2,6	2,1	2,3	2,2	2,0	1,5	1,0
Botswana	6,7	6,7	6,7	5,9	4,4	3,7	2,3	2,5	2,7	2,6	2,0	1,2
Lesotho	5,8	5,8	5,7	5,6	4,7	3,8	1,8	2,0	2,1	2,1	1,8	1,2
Namibie	6,0	6,2	6,6	6,3	5,6	4,6	1,7	2,0	2,4	2,4	2,3	1,6
Swaziland	6,9	6,9	6,9	6,6	5,6	4,5	2,1	2,2	2,4	2,5	2,2	1,3
Total Afrique sub-saharienne	6,7	6,8	6,8	6,6	6,1	5,4	1,9	2,1	2,3	2,3	2,2	1,9

(a) Somme des taux de fécondité par âge observés à un moment donné. L'ISF peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité du moment. Il ne tient pas compte de la mortalité.

(b) Nombre moyen de filles que mettrait au monde une femme dans les conditions de fécondité du moment, en tenant compte de la mortalité jusqu'à la fin de la vie féconde.

Source : Nations unies (2003b), *World Population Prospects. The 2002 Revision*, Population database on-line (www.unpopulation.org).

TABLEAU A.6. – NIVEAUX, CALENDRIERS ET CARACTÉRISTIQUES LES PLUS RÉCENTES DE LA FÉCONDITÉ DANS 30 PAYS

Sous-régions et pays	Date dernière enquête EDS	Indice synthétique de fécondité ^(a)	Nombre d'enfants à 40-49 ans	Nombre idéal d'enfants à 25-34 ans	Âge médian à la 1 ^{re} naissance ^(b)	% d'adolescentes (15-19 ans) ayant débuté leur vie féconde	% de la fécondité réalisée avant 25 ans ^(c)	Intervalle entre naissances ^(d)
Afrique de l'Ouest								
Bénin	2001	5,6	6,7	5,0	19,8	22	33	34,7
Burkina Faso	1998-1999	6,8	7,4	5,7	19,3	25	33	34,8
Cap-Vert	1998	4,0	5,4	2,6	20,8	–	36	–
Côte d'Ivoire	1998-1999	5,2	6,4	5,3	19,0	31	34	35,5
Ghana	1998	4,6	5,7	4,2	20,3	14	31	38,2
Guinée	1999	5,5	6,5	6,4	18,8	37	37	35,4
Mali	2001	6,8	7,6	6,3	18,9	40	35	32,3
Mauritanie	2000-2001	4,7	5,8	6,4	20,7	16	27	35,0
Niger	1998	7,5	7,5	8,4	17,8	43	36	30,6
Nigeria	1999	5,2	6,1	6,2	20,1	22	32	31,1
Sénégal	1997	5,7	7,1	5,4	19,8	22	28	33,0
Togo	1998	5,4	6,4	4,6	20,1	19	29	36,0
Afrique centrale								
Cameroun	1998	5,2	6,2	6,1	19,0	31	36	31,5
Centrafrique	1994-1995	5,1	5,7	6,6	19,4	36	39	30,6
Gabon	2000	4,3	6,0	5,0	18,7	33	39	33,9
Tchad	1996-1997	6,6	6,8	8,5	18,3	39	38	31,1

Sous-régions et pays	Date dernière enquête EDS	Indice synthétique de fécondité ^(a)	Nombre d'enfants à 40-49 ans	Nombre idéal d'enfants à 25-34 ans	Âge médian à la 1 ^{re} naissance ^(b)	% d'adolescentes (15-19 ans) ayant débuté leur vie féconde	% de la fécondité réalisée avant 25 ans ^(c)	Intervalle entre naissances ^(d)
Afrique de l'Est								
Comores	1996	5,1	6,7	5,4	21,0	9	26	28,9
Érythrée	2002	4,8	5,9	5,9	21,4	14	27	33,6
Éthiopie	2000	5,9	7,0	5,6	19,0	16	30	33,6
Kenya	1998	4,7	6,6	3,7	19,4	21	38	32,9
Madagascar	1997	6,0	6,6	5,3	19,5	36	38	29,4
Malawi	2000	6,3	6,8	5,1	19,1	33	38	33,8
Mozambique	1997	5,6	5,8	5,9	19,0	40	40	34,6
Ouganda	2000-2001	6,9	7,1	5,0	18,8	31	37	29,2
Rwanda	2000	5,8	6,8	4,6	22,0	7	25	32,3
Tanzanie	1996	5,8	7,0	5,6	19,1	26	34	33,7
Zambie	2001	5,9	7,1	4,8	18,7	32	36	33,3
Zimbabwe	1999	4,0	5,9	3,9	19,9	20	39	40,0
Afrique australe								
Afrique du Sud	1998	2,9	3,7	2,8	20,8	16	37	47,1
Namibie	2000	5,4	5,7	5,0	21,0	22	20	33,5
<p>^(a) Nombre moyen d'enfants qu'aurait finalement une femme à 50 ans selon les taux de fécondité par âge de l'année. ^(b) Femmes de 25 à 49 ans. ^(c) Somme des taux de fécondité à 15-19 et 20-24 ans divisée par la somme des taux de fécondité de 15-19 à 45-49 ans. ^(d) Nombre médian de mois écoulés depuis la naissance précédente, toutes femmes 15-49 ans. <i>Sources</i> : rapports nationaux des dernières enquêtes EDS depuis 1994.</p>								

TABLEAU A.7. – ALLAITEMENT, ABSTINENCE SEXUELLE *POST-PARTUM* ET CONTRACEPTION DANS 30 PAYS

Sous-régions et pays	Date dernière enquête EDS	Durée médiane d'allaitement ^(a)	Durée médiane d'abstinence ^(b)	Prévalence contraceptive ^(c)		% de femmes mariées de 40-49 ans sans enfant né vivant
				Toutes méthodes	Méthodes modernes	
Afrique de l'Ouest						
Bénin	2001	22,2	8,9	18,6	7,2	1,5
Burkina Faso	1998-1999	26,9	19,2	11,9	4,8	0,9
Cap-Vert	1998	13,0	–	52,9	46,0	1,6
Côte d'Ivoire	1998-1999	20,2	11,8	15,0	7,3	1,7
Ghana	1998	21,5	8,5	22,0	13,3	1,5
Guinée	1999	22,2	22,1	6,2	4,2	2,2
Mali	2001	23,1	2,4	8,1	5,7	2,3
Mauritanie	2000-2001	20,5	2,1	8,0	5,1	3,2
Niger	1998	20,5	2,2	8,2	4,6	3,6
Nigeria	1999	18,9	6,2	15,3	8,6	2,8
Sénégal	1997	20,9	2,9	12,9	8,1	1,6
Togo	1998	24,3	13,4	23,5	7,0	1,1
Afrique centrale						
Cameroun	1998	18,2	11,9	19,3	7,1	6,0
Centrafrique	1994-1995	21,2	10,4	14,8	3,2	8,1
Gabon	2000	12,2	9,5	32,7	11,8	5,2
Tchad	1996-1997	21,4	3,6	4,1	1,2	3,1

Sous-régions et pays	Date dernière enquête EDS	Durée médiane d'allaitement ^(a)	Durée médiane d'abstinence ^(b)	Prévalence contraceptive ^(c)		% de femmes mariées de 40-49 ans sans enfant né vivant
				Toutes méthodes	Méthodes modernes	
Afrique de l'Est						
Comores	1996	20,1	2,4	21,0	11,4	3,3
Érythrée	2002	21,8	3,0	8,0	5,1	2,2
Éthiopie	2000	25,5	2,4	8,1	6,3	1,7
Kenya	1998	20,9	3,1	39,0	31,5	2,1
Madagascar	1997	20,7	3,5	19,4	9,7	4,0
Malawi	2000	24,3	5,8	30,6	26,1	1,8
Mozambique	1997	22,0	11,6	5,6	5,1	4,0
Ouganda	2000-2001	22,6	2,1	22,8	18,2	3,5
Rwanda	2000	32,6	0,6	13,2	4,3	1,2
Tanzanie	1996	21,5	5,6	18,4	13,3	1,2
Zambie	2001	20,9	4,8	34,2	22,6	1,6
Zimbabwe	1999	19,6	3,2	53,5	50,4	2,1
Afrique australe						
Afrique du Sud	1998	15,6	–	56,3	55,1	3,8
Namibie	2000	17,3	6,0	28,9	26,0	2,4

(a) En mois pour tous les enfants derniers-nés dans les trois ou cinq ans précédant l'enquête.
(b) Durée d'abstinence sexuelle *post-partum* en mois suivant une naissance survenue dans les 3 ans précédant l'enquête.
(c) % de femmes (tous âges) actuellement en union utilisant une méthode.
Sources : rapports nationaux des dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS).

TABLEAU A.8. – ESPÉRANCES DE VIE ET MORTALITÉ INFANTILE DE 1950 À 2005 (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Espérance de vie (en années)						Taux de mortalité infantile (p. mille)					
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
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
Sénégal	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 (RD)	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

Sous-régions et pays	Espérance de vie (en années)						Taux de mortalité infantile (p. mille)					
	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004	1950-1954	1960-1964	1970-1974	1980-1984	1990-1994	2000-2004
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
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
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 sub-saharienne	36,7	40,6	44,7	48,0	48,6	45,7	180	156	134	116	105	95

Source : Nations unies (2003b), *World Population Prospects. The 2002 Revision*, Population database on-line (www.unpopulation.org).

TABLEAU A.9. – CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT, MORTALITÉ ET SANTÉ DES ENFANTS DANS 30 PAYS

Sous-régions et pays	Date dernière enquête EDS	Quotients de mortalité (p. mille) ^(a)			% de naissances sans aucune consultation prénatale ^(b)	% d'accouchements sans personnel formé ^(c)	% d'enfants vaccinés ^(d)	% d'enfants souffrant de malnutrition ^(e)
		Néonatale	< 1 an	0-5 ans				
Afrique de l'Ouest								
Bénin	2001	38	89	160	19	28	59	31
Burkina Faso	1998-1999	41	105	219	39	69	29	37
Cap-Vert	1998	11	31	43	4	12	83	–
Côte d'Ivoire	1998-1999	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	2000-2001	–	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	1994-1995	42	97	157	33	54	37	34
Gabon	2000	30	57	89	5	13	17	21
Tchad	1996-1997	44	103	194	68	66	11	40

Sous-régions et pays	Date dernière enquête EDS	Quotients de mortalité (p. mille) ^(a)			% de naissances sans aucune consultation prénatale ^(b)	% d'accouchements sans personnel formé ^(c)	% d'enfants vaccinés ^(d)	% d'enfants souffrant de malnutrition ^(e)
		Néonatale	< 1 an	0-5 ans				
Afrique de l'Est								
Comores	1996	38	77	104	15	48	55	34
Érythrée	2002	24	48	93	29	62	69	38
Éthiopie	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	2000-2001	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	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

(a) Probabilités respectives de décéder de la naissance à l'âge d'un mois, de la naissance à l'âge d'un an et de la naissance à l'âge de 5 ans au cours des cinq années précédant l'enquête.
(b) Sans aucune visite durant la grossesse à un médecin, une infirmière ou une sage-femme.
(c) C'est-à-dire sans médecin, infirmière, sage-femme ou équivalent.
(d) Enfants qui ont reçu tous les vaccins (BCG, DTCQq, polio et rougeole).
(e) Indice taille-pour-âge, mesure de la malnutrition chronique (moyenne et sévère).
Sources : rapports nationaux des dernières enquêtes EDS.

TABLEAU A.10. – MORTALITÉ MATERNELLE ET PRÉVALENCE DU VIH
À 15-49 ANS (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Taux de mortalité maternelle en 2000 ^(a)	Taux de prévalence du VIH ^(b) début 2002 (%)
Afrique de l'Ouest		
Bénin	850	3,6
Burkina Faso	1 000	6,5
Cap-Vert	150	–
Côte d'Ivoire	690	9,7
Gambie	540	1,6
Ghana	540	3,0
Guinée	740	–
Guinée-Bissau	1 100	2,8
Liberia	760	–
Mali	1 200	1,7
Mauritanie	1 000	–
Niger	1 600	–
Nigeria	800	5,8
Sénégal	690	0,5
Sierra Leone	2 000	7,0
Togo	570	6,0
Afrique centrale		
Angola	1 700	5,5
Cameroun	730	11,8
Centrafrique	1 100	12,9
Congo	510	7,2
Congo (RD)	990	4,9
Gabon	420	–
Guinée équatoriale	880	3,4
Sao Tomé-et-Principe	–	–
Tchad	1 100	3,6

TABLEAU A.10. – (SUITE) MORTALITÉ MATERNELLE ET PRÉVALENCE DU VIH
À 15-49 ANS (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Taux de mortalité maternelle en 2000 ^(a)	Taux de prévalence du VIH ^(b) début 2002 (%)
Afrique de l'Est		
Burundi	1 000	8,3
Comores	480	–
Djibouti	730	–
Érythrée	630	2,8
Éthiopie	850	6,4
Kenya	1 000	15,0
Madagascar	550	0,3
Malawi	1 800	15,0
Maurice	24	0,1
Mozambique	1 000	13,0
Ouganda	880	5,0
Réunion	41	–
Rwanda	1 400	8,9
Somalie	1 100	1,0
Soudan	590	2,6
Tanzanie	1 500	7,8
Zambie	750	21,5
Zimbabwe	1 100	33,7
Afrique australe		
Afrique du Sud	230	20,1
Botswana	100	38,8
Lesotho	550	31,0
Namibie	300	22,5
Swaziland	370	33,4
Total Afrique sub-saharienne	870	10,4
<p>^(a) Défini comme le nombre de décès maternels pour 100000 naissances vivantes.</p> <p>^(b) Hommes et femmes âgés de 15-49 ans. Le taux de prévalence du VIH mesure la proportion de personnes infectées par le VIH, qu'elles soient ou non malades du sida.</p> <p><i>Note</i> : le Cap-Vert, Maurice et la Réunion ont été exclus des moyennes générales en raison de leur situation exceptionnellement bonne en Afrique.</p> <p><i>Sources</i> : Nations unies (2003b), voir le site web http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp; Onusida (2003), site web pour le sida (www.unaids.org).</p>		

TABLEAU A.11. – STRUCTURES DE LA POPULATION PAR GRANDS GROUPES D'ÂGES DE 1950 À 2020 ET RAPPORTS DE DÉPENDANCE ET DE MASCULINITÉ EN 2000 (48 PAYS)

Sous-régions et pays	% de moins de 15 ans			% de plus de 60 ans			Âge médian (en années)			Rapports de dépendance en 2000 (%) ^(a)	Rapports de masculinité en 2000 (%) ^(b)
	1950	2000	2020	1950	2000	2020	1950	2000	2020		
Afrique de l'Ouest	42,2	45,1	39,7	5,1	4,6	5,3	18,9	17,2	19,6	98,8	100,2
Bénin	36,2	46,2	40,2	3,6	4,2	4,9	23,7	16,6	19,5	101,6	96,9
Burkina Faso	42,6	48,9	46,6	4,6	4,1	3,4	18,5	15,5	16,5	112,8	94,9
Cap-Vert	34,3	41,6	20,2	6,5	6,5	6,4	21,4	18,5	25,6	92,7	90,8
Côte d'Ivoire	43,0	42,7	35,4	4,0	5,0	6,2	18,3	18,1	21,9	91,2	104,2
Gambie	41,0	41,3	34,3	4,8	5,6	7,2	19,5	19,4	22,7	88,3	97,9
Ghana	45,1	41,0	32,7	4,1	5,0	6,9	17,4	18,8	23,7	85,2	98,9
Guinée	42,4	44,2	39,5	4,2	4,5	5,3	18,8	17,6	19,8	94,9	101,2
Guinée-Bissau	37,2	46,7	45,8	5,9	5,0	4,3	21,7	16,6	16,8	107,0	97,3
Liberia	41,5	46,6	45,9	5,0	3,7	3,8	19,2	16,6	16,8	101,2	99,7
Mali	45,3	49,1	47,5	3,4	3,9	3,2	17,2	15,4	16,1	112,8	98,1
Mauritanie	43,8	43,3	39,8	3,8	5,4	5,4	18,0	18,2	19,7	94,9	97,2
Niger	44,0	49,9	48,6	4,0	3,3	3,3	17,9	15,1	15,6	113,7	101,7
Nigeria	41,7	45,0	26,8	5,1	4,8	5,7	19,1	17,3	20,2	99,2	101,3
Sénégal	41,6	44,1	36,6	5,5	4,0	5,0	19,2	17,6	21,4	92,7	98,7
Sierra Leone	39,4	43,9	42,9	5,2	4,8	4,8	20,4	17,9	18,2	94,9	96,4
Togo	41,3	44,2	38,3	6,8	4,9	5,7	19,4	17,7	20,3	96,5	98,0
Afrique centrale	41,1	46,0	44,2	5,9	4,7	4,4	19,5	16,9	17,6	102,8	97,7
Angola	41,3	47,3	47,1	4,9	4,4	4,1	19,4	16,3	16,3	107,0	97,1
Cameroun	39,6	43,0	35,8	5,7	5,6	6,4	20,3	18,1	21,4	94,6	98,5
Centrafrique	36,0	43,0	39,2	7,7	6,0	4,1	22,6	18,3	19,8	96,1	94,1
Congo	40,1	46,4	44,9	5,7	4,6	4,2	20,0	16,7	17,2	104,1	97,4
Congo (RD)	43,7	46,8	45,8	5,6	4,3	3,9	18,1	16,5	16,9	104,5	97,8
Gabon	28,4	41,7	32,9	11,3	6,3	7,1	28,4	18,9	23,4	92,3	98,8
Guinée équatoriale	34,2	43,6	41,3	8,9	6,0	5,8	23,8	18,2	18,8	98,4	97,6
Sao Tomé-et-Principe	32,8	41,2	33,8	6,1	6,6	5,9	24,6	18,4	22,9	91,6	98,0
Tchad	37,6	46,5	45,3	6,8	4,9	4,4	21,5	16,7	17,1	105,8	97,6

Sous-régions et pays	% de moins de 15 ans			% de plus de 60 ans			Âge médian (en années)			Rapports de dépendance en 2000 (%) ^(a)	Rapports de masculinité en 2000 (%) ^(b)
	1950	2000	2020	1950	2000	2020	1950	2000	2020		
Afrique de l'Est	43,4	45,6	41,3	4,8	4,4	4,8	18,2	17,0	18,9	100,0	97,4
Burundi	40,8	48,0	45,9	5,2	4,4	4,2	19,5	15,8	16,9	110,1	94,5
Comores	43,5	42,9	35,6	5,4	4,1	5,3	18,2	18,0	21,8	88,7	100,7
Djibouti	46,8	43,2	38,5	3,4	4,9	6,0	16,5	18,3	20,2	92,7	98,7
Érythrée	45,3	45,8	39,5	5,1	3,6	4,1	17,3	16,9	19,7	97,6	98,8
Éthiopie	44,2	45,9	42,0	4,8	4,6	5,0	17,9	16,9	18,6	102,0	98,4
Kenya	39,8	43,3	34,6	6,3	4,2	5,8	20,0	17,7	22,0	90,5	98,0
Madagascar	41,8	44,7	40,0	4,7	4,7	5,3	19,0	17,5	19,6	97,6	98,9
Malawi	45,7	45,6	43,7	4,9	5,2	5,1	17,1	17,1	17,6	103,3	97,0
Maurice	45,2	25,7	20,0	4,7	8,9	15,8	17,3	28,9	35,8	55,7	99,0
Mozambique	41,7	44,1	39,4	4,7	5,0	5,4	19,1	17,8	19,6	96,5	92,4
Ouganda	44,3	49,9	48,4	4,8	3,9	3,3	17,7	15,1	15,7	116,5	98,5
Réunion	39,7	28,2	22,0	6,1	9,2	14,7	20,3	28,3	33,4	59,7	95,7
Rwanda	46,4	45,4	41,1	3,8	4,0	4,6	16,7	17,0	18,8	97,6	89,8
Somalie	41,3	47,7	47,1	4,6	3,9	3,9	19,5	16,0	16,3	106,6	98,4
Soudan	43,8	40,1	32,5	5,4	5,5	7,4	18,1	19,7	23,6	83,7	101,2
Tanzanie	46,0	45,8	37,9	3,8	3,8	4,4	16,9	16,8	20,4	98,4	97,9
Zambie	44,9	46,2	43,4	4,3	4,6	4,3	17,5	16,7	17,7	103,3	98,3
Zimbabwe	41,9	43,9	38,6	5,3	4,9	5,8	19,0	17,5	19,6	95,3	98,0
Afrique australe	39,1	35,0	29,3	6,0	5,8	9,8	20,7	22,0	24,9	68,9	95,7
Afrique du Sud	38,6	34,0	28,2	6,0	5,9	10,2	20,9	22,6	25,7	66,4	96,2
Botswana	46,2	40,3	35,6	6,1	4,2	7,2	16,8	19,1	20,6	80,2	96,3
Lesotho	40,7	40,5	37,5	6,9	6,8	7,6	19,8	18,8	20,0	89,8	87,3
Namibie	41,0	43,2	35,7	6,0	5,5	6,9	19,5	18,4	21,0	94,9	95,7
Swaziland	43,0	44,2	38,3	4,6	4,9	6,4	18,4	17,4	19,5	96,5	91,0
Total Afrique sub-saharienne	42,3	44,3	40,2	5,2	4,7	5,3	18,8	17,5	19,4	96,1	98,5

^(a) Définis comme le rapport de la population de moins de 15 ans et de plus de 60 ans à la population des 15-59 ans.
^(b) Définis comme le rapport des effectifs masculins aux effectifs féminins.
Source : d'après les données des Nations unies (2003b).

TABLEAU A.12. – MIGRATIONS INTERNATIONALES, POPULATIONS RÉFUGIÉES ET DÉPLACÉES (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Stock de migrants en 2000 ^(a)		Taux de migration nette en 2000 (%) ^(b)	Nombre de réfugiés en 2002 (en milliers) ^(c)	Population sous statut HCR en 2002 (en milliers) ^(d)
	Nombre (en milliers)	% de la population totale			
Afrique de l'Ouest					
Bénin	101	1,6	- 3,2	5,0	5,3
Burkina Faso	1 124	9,7	- 5,5	0,5	0,8
Cap-Vert	10	2,4	- 2,5	-	-
Côte d'Ivoire	2 336	14,6	0,8	44,7	145,9
Gambie	185	14,2	9,1	12,1	12,1
Ghana	614	3,2	- 1,2	33,5	42,3
Guinée	741	9,1	- 6,2	182,1	182,5
Guinée-Bissau	19	1,6	- 2,9	7,6	7,7
Liberia	160	5,5	36,5	65,0	391,0
Mali	48	0,4	- 4,7	9,1	9,8
Mauritanie	63	2,3	3,4	0,4	29,9
Niger	119	1,1	- 0,1	0,3	0,3
Nigeria	751	0,7	- 0,2	7,4	7,5
Sénégal	284	3,0	- 1,1	20,7	22,7
Sierra Leone	47	1,1	- 7,8	63,5	139,7
Togo	179	4,0	6,1	12,3	12,4
Afrique centrale					
Angola	46	0,4	- 1,4	12,2	302,7
Cameroun	150	1,0	0,1	58,3	63,6
Centrafrique	59	1,6	0,5	50,7	56,1
Congo	197	6,5	- 0,3	109,2	112,6
Congo (RD)	739	1,5	- 7,1	333,0	355,9
Gabon	250	20,3	4,3	13,5	19,1
Guinée équatoriale	1	0,3	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	7	5,3	-	-	-
Tchad	41	0,5	2,7	33,5	34,5

Sous-régions et pays	Stock de migrants en 2000 ^(a)		Taux de migration nette en 2000 (%) ^(b)	Nombre de réfugiés en 2002 (en milliers) ^(c)	Population sous statut HCR en 2002 (en milliers) ^(d)
	Nombre (en milliers)	% de la population totale			
Afrique de l'Est					
Burundi	77	1,2	- 12,9	40,5	202,6
Comores	18	2,6	-	-	-
Djibouti	28	4,5	6,8	21,7	22,1
Érythrée	13	0,4	0,6	3,6	23,4
Éthiopie	660	1,0	- 0,1	132,9	133,2
Kenya	327	1,1	- 0,1	233,7	236,1
Madagascar	61	0,4	-	-	-
Malawi	280	2,5	- 0,8	2,2	13,2
Maurice	8	0,7	- 2,0	-	-
Mozambique	366	2,0	0,8	0,2	7,2
Ouganda	529	2,3	- 0,6	217,3	218,1
Réunion	106	14,7	2,5	-	-
Rwanda	89	1,2	62,8	30,9	71,1
Somalie	22	0,2	1,7	0,2	32,5
Soudan	780	2,5	- 2,6	328,0	352,0
Tanzanie	893	2,5	- 1,4	689,4	689,6
Zambie	377	3,6	1,4	246,8	247,7
Zimbabwe	656	5,2	- 0,2	9,4	10,0
Afrique australe					
Afrique du Sud	1303	3,0	- 0,1	23,3	75,8
Botswana	52	3,4	- 1,0	2,8	3,8
Lesotho	6	0,3	- 3,4	-	-
Namibie	143	8,1	0,6	21,7	23,4
Swaziland	42	4,5	- 1,2	0,7	1,0

(a) Défini comme le nombre de personnes nées à l'étranger.
(b) Défini comme le nombre annuel d'immigrants moins le nombre annuel d'émigrants divisé par la population totale moyenne du pays en 2000.
(c) Personnes ayant un statut de réfugié selon les diverses conventions internationales en vigueur.
(d) Total des réfugiés étrangers, des demandeurs d'asile, des réfugiés de retour, des individus déplacés à l'intérieur du pays, sous protection ou assistance du HCR.
Sources : Nations unies (2002b) pour le stock de migrants et les taux de migration; HCR (2004) pour les réfugiés et la population sous statut HCR.

TABLEAU A.13. – INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT (ÉCONOMIE, ÉDUCATION, DÉVELOPPEMENT HUMAIN ET PAUVRETÉ)
DANS 47 PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE VERS 2001

Sous-régions et pays	% de population urbaine en 2001 ^(a)	RNB/hab. en 2002 ^(b) \$ US PPA	% d'analphabètes à 15 ans et plus en 2000	Taux net de scolarisation primaire en 2000 (%)	Indicateur de développement humain ^(c)			Indicateur de pauvreté humaine en 2000 ^(e)	Indicateur sexospécifique du développement humain en 2001 ^(f)
					1980	2001	Rang mondial en 2001 ^(d)		
Afrique de l'Ouest									
Bénin	43	1030	63	70	0,322	0,411	159	46	0,395
Burkina Faso	17	1020	76	36	0,260	0,330	173	59	0,317
Cap-Vert	64	4870	26	99	0,593	0,727	103	20	0,719
Côte d'Ivoire	44	1470	51	62	0,413	0,396	161	45	0,376
Gambie	31	1730	63	69	0,291	0,463	151	46	0,457
Ghana	36	1980	28	58	0,464	0,567	129	46	0,564
Guinée	28	1980	–	47	–	0,425	157	–	–
Guinée-Bissau	32	710	62	54	0,267	0,373	166	48	0,353
Liberia	46	–	46	–	–	–	–	–	–
Mali	31	810	74	38 ^(g)	0,261	0,337	172	55	0,327
Mauritanie	59	1680	60	64	0,369	0,454	154	49	0,445
Niger	21	770	84	30	0,262	0,292	174	62	0,279
Nigeria	45	830	36	–	0,384	0,463	152	34	0,450
Sénégal	48	1560	63	63	0,328	0,430	156	45	0,420
Sierra Leone	37	480	–	–	–	0,275	175	–	–
Togo	34	1420	43	86	0,450	0,501	141	39	0,483
Afrique centrale									
Angola	35	1550	–	37	–	0,377	164	–	–
Cameroun	50	1670	29	71 ^(g)	0,445	0,499	142	36	0,488
Centrafrique	42	1180	53	55	0,356	0,363	168	48	0,352
Congo	66	580	19	–	0,506	0,502	140	32	0,496
Congo (RD)	31	–	39	52 ^(h)	0,426	0,363	167	43	0,353
Gabon	82	5460	–	88	–	0,653	118	–	–
Guinée équatoriale	49	5640	17	72	–	0,664	116	–	–
Sao Tomé-et-Principe	48	–	–	–	–	0,639	122	–	–
Tchad	24	930	57	58	0,265	0,376	165	50	0,366

Sous-régions et pays	% de population urbaine en 2001 ^(a)	RNB/hab. en 2002 ^(b) \$ US PPA	% d'analphabètes à 15 ans et plus en 2000	Taux net de scolarisation primaire en 2000 (%)	Indicateur de développement humain ^(c)			Indicateur de pauvreté humaine en 2000 ^(e)	Indicateur sexospécifique du développement humain en 2001 ^(f)
					1980	2001	Rang mondial en 2001 ^(d)		
Afrique de l'Est									
Burundi	9	590	52	54	0,312	0,337	171	46	0,331
Comores	34	1610	44	56	0,485	0,528	134	32	0,521
Djibouti	84	2 120	35	33	–	0,462	153	34	–
Érythrée	19	970	44	41	–	0,446	155	42	0,434
Éthiopie	16	710	61	47	0,281	0,359	169	56	0,347
Kenya	34	1020	18	69	0,487	0,489	146	38	0,488
Madagascar	30	870	33	68	0,431	0,468	149	36	0,467
Malawi	15	620	40	–	0,341	0,387	162	47	0,378
Maurice	42	10410	15	95	0,654	0,779	62	11	0,770
Mozambique	33	1000	56	54	0,309	0,356	170	50	0,341
Ouganda	15	1250	33	–	–	0,489	147	37	0,483
Rwanda	6	1000	33	72 ^(g)	0,394	0,422	158	45	0,416
Somalie	28	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	37	1970	41	55	0,378	0,503	138	32	0,483
Tanzanie	33	540	25	47	–	0,400	160	36	0,396
Zambie	40	790	22	66	0,470	0,386	163	50	0,376
Zimbabwe	36	2340	11	80	0,570	0,496	145	52	0,489
Afrique australe									
Afrique du Sud	58	9510	15	89	0,676	0,684	111	32	0,678
Botswana	49	8810	23	84	0,573	0,614	125	44	0,611
Lesotho	29	2670	17	78	0,517	0,510	137	48	0,497
Namibie	31	6700	18	82	–	0,627	124	38	0,622
Swaziland	27	4690	20	93	0,541	0,547	133	–	0,536
Total Afrique sub-saharienne	38	1620	40	64	–	0,468	–	–	–

^(a) Calculs des Nations unies basés sur les définitions nationales.

^(b) Revenu brut par habitant calculé par la Banque mondiale en termes de parités de pouvoir d'achat (PPA).

^(c) Indicateur synthétique de mesure du développement (IDH), intégrant l'espérance de vie, les taux d'alphabetisation adulte et de scolarisation et le PIB par habitant. Plus il est proche de l'unité, meilleure est la situation : il va dans le monde en 2001 de 0,944 (Norvège) à 0,275 (Sierra Leone).

^(d) Sur 175 pays au total.

^(e) Indicateur de synthèse de mesure (ISDH) des carences ou insuffisances en matière de santé (mortalité de 0 à 40 ans), d'éducation (analphabétisme des adultes) et de niveau de vie (disponibilité d'eau et malnutrition à moins de 5 ans). Plus il est proche de 0, meilleure est la situation : en 2001, il va dans le monde de 2,5 (Barbade) à 62 (Niger).

^(f) Indicateur basé sur les mêmes critères et type de mesure que l'IDH, mais intégrant les inégalités entre hommes et femmes. En 2001, il varie dans le monde de 0,941 (Norvège) à 0,279 (Niger).

^(g) Taux net de fréquentation scolaire (7-10 ou 7-12 ans) selon la dernière enquête EDS du pays.

^(h) Taux net de scolarisation primaire à 6-11 ans (enquête MICS2 du Congo RD).

Sources : Unesco (2003) pour l'éducation ; PNUD (2003) pour les indices de développement et de pauvreté ; Nations unies (2002d) pour l'urbanisation ; Banque mondiale (2003) pour le revenu brut par habitant.

TABLEAU A.14. – SCOLARISATION ET ALPHABÉTISATION DES ADULTES PAR SEXE EN 2000 (48 PAYS)

Sous-régions et pays	Taux d'alphabétisation à 15 ans et plus en 2000 (%) ^(a)				Taux net de scolarisation primaire en 2000 (%) ^(b)			
	M	F	Ensemble	F/M	M	F	Ensemble	F/M
Afrique de l'Ouest								
Bénin	52	24	37	0,45	83	57	70	0,69
Burkina Faso	34	14	24	0,42	42	29	36	0,71
Cap-Vert	85	66	74	0,78	100	100	100	1,00
Côte d'Ivoire	60	37	49	0,63	71	54	62	0,76
Gambie	44	30	37	0,68	71	66	69	0,93
Ghana	80	63	72	0,79	60	57	58	0,95
Guinée					52	42	47	0,79
Guinée-Bissau	54	24	38	0,43	63	45	54	0,71
Liberia	70	37	54	0,52	–	–	–	–
Mali	36	16	26	0,45	–	–	–	–
Mauritanie	–	–	40	–	–	–	64	–
Niger	24	9	16	0,36	36	24	30	0,67
Nigeria	72	56	64	0,78	–	–	–	–
Sénégal	47	28	37	0,59	66	60	63	0,90
Sierra Leone	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	72	43	57	0,59	90	82	86	0,91
Afrique centrale								
Angola	–	–	–	–	39	35	37	0,91
Cameroun	79	64	71	0,81	–	–	–	–
Centrafrique	60	35	47	0,58	64	45	55	0,70
Congo	88	74	81	0,85	–	–	–	–
Congo (RD)	73	50	61	0,69	–	–	–	–
Gabon	–	–	–	–	89	87	88	0,98
Guinée équatoriale	93	74	83	0,80	76	68	72	0,89
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	–	–	–	–	–
Tchad	52	34	43	0,66	70	47	58	0,67

Sous-régions et pays	Taux d'alphabétisation à 15 ans et plus en 2000 (%) ^(a)				Taux net de scolarisation primaire en 2000 (%) ^(b)			
	M	F	Ensemble	F/M	M	F	Ensemble	F/M
Afrique de l'Est								
Burundi	56	40	48	0,72	59	49	54	0,83
Comores	63	49	56	0,77	60	52	56	0,87
Djibouti	–	–	65	–	–	–	33	–
Érythrée	67	45	56	0,66	44	38	41	0,86
Éthiopie	47	31	39	0,66	53	41	47	0,77
Kenya	89	76	82	0,85	68	69	69	1,02
Madagascar	74	60	67	0,81	67	68	68	1,01
Malawi	75	47	60	0,62	–	–	–	–
Maurice	88	81	85	0,92	95	95	95	1,00
Mozambique	60	29	44	0,48	59	50	54	0,85
Ouganda	78	57	67	0,73	–	–	–	–
Réunion	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	74	60	67	0,82	–	–	–	–
Somalie	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	–	–	41	–	–	–	55	–
Tanzanie	84	67	75	0,79	46	48	47	1,04
Zambie	85	72	78	0,84	66	65	66	0,99
Zimbabwe	93	85	89	0,91	80	80	80	1,00
Afrique australe								
Afrique du Sud	86	85	85	0,98	90	88	89	0,98
Botswana	75	80	77	1,07	83	86	84	1,04
Lesotho	73	94	83	1,29	75	82	78	1,09
Namibie	83	81	82	0,98	79	85	82	1,07
Swaziland	81	79	80	0,97	92	94	93	1,02
<p>^(a) Le taux d'analphabétisme (ou proportion d'analphabètes) à 15 ans et plus est la part de la population adulte de 15 ans et plus ne sachant ni lire ni écrire. Le taux d'alphabétisation est son complément.</p> <p>^(b) Le taux net de scolarisation primaire est le rapport entre le nombre d'élèves du groupe d'âges correspondant officiellement à l'école primaire et la population totale de ce groupe d'âges.</p> <p>Source : Unesco (2003).</p>								

RÉFÉRENCES

Cette bibliographie reprend les auteurs cités dans le texte, mais inclut aussi un certain nombre d'articles ou d'ouvrages représentatifs des travaux menés récemment sur la démographie africaine.

- ADEPOJU A., 2000, « Issues and recent trends in international migration in sub-Saharan Africa », *International Social Science Journal*, 165, p. 383-394.
- ADEPOJU A., C. OPPONG (éd.), 1993, *Gender, Work and Population in sub-Saharan Africa*, Londres, James Currey, 245 p.
- ADJAMAGBO A., V. DELAUNAY, 1998, « La crise en milieu rural ouest-africain : implications sociales et conséquences sur la fécondité. Niakhar (Sénégal), Sassandra (Côte d'Ivoire), deux exemples contrastés », in F. Gendreau (éd.), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, Paris, Estem, p. 339-355.
- AKOTO E.M., D. TABUTIN, 1992, « Socio-economic and cultural differentials in the mortality of sub-Saharan Africa », in E. van de Walle, G. Pison, M. Sala-Diakanda (éd.), *Mortality and Society in sub-Saharan Africa*, Oxford, Clarendon Press, p. 32-64.
- ANTOINE P., 2002, « Les complexités de la nuptialité : de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine en Afrique », in G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (éd.), *Démographie : analyse et synthèse. II – Les déterminants de la fécondité*, Paris, Ined, p. 75-102.
- ANTOINE P., 2003, « Nuptialité et conditions de vie dans les villes africaines », in T. Eggerickx, C. Gourbin, B. Schoumaker, C. Vandeschrick, É. Vilquin (éd.), *Populations et défis urbains. Actes de la Chaire Quetelet 1999*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/L'Harmattan, p. 581-604.
- ANTOINE P., F. DIAL, 2003, *Mariage, divorce et remariage à Dakar et Lomé*, Paris, DIAL (Document de travail, 2003/07), 21 p.
- ANTOINE P., D. OUEDRAOGO, V. PICHÉ (ed.), 1999, *Trois générations de citadins au Sahel. Trente ans d'histoire sociale à Dakar et à Bamako*, Paris, L'Harmattan, 282 p.
- BANQUE MONDIALE, 2003, *Rapport sur le développement dans le monde 2003. Développement durable dans un monde dynamique*, Washington/Paris, Banque mondiale/ESKA, 292 p.
- BARBIERI M., 1994, « Is the current decline in infant and child mortality in sub-Saharan Africa a sign of future fertility change? », in T. Loco, V. Hertrich (éd.), *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*, Liège, Derouaux Ordina, p. 21-42.
- BEAUCHEMIN C., P. BOCQUIER, 2003, *Migration and Urbanization in Francophone West Africa: A Review of the Recent Empirical Evidence*, Document de travail DIAL, 2003/09, Paris, DIAL (Document de travail, 2003/09), 23 p.
- BEAUCHEMIN C., S. HENRY, B. SCHOUMAKER, 2004, « Rural-Urban Migration in West Africa: Toward a Reversal? », communication à la réunion annuelle de la *Population Association of America*, Boston.
- BECKER C., A. HAMER, A. MORRISON, 1994, *Beyond Urban Bias in Africa. Urbanization in an Era of Structural Adjustment*, Portsmouth, Heinemann, 294 p.
- 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-Bruylant/L'Harmattan, 297 p.
- BIAYE M., 1994, *Inégalités sexuelles en matière de santé, de morbidité et de mortalité dans l'enfance dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/L'Harmattan, 292 p.
- BIRABEN J.-N., 2003, « L'évolution du nombre des hommes », *Population et Sociétés*, n° 394, 4 p.
- BLEDSE C., G. PISON (éd.), 1994, *Nuptiality in sub-Saharan Africa. Contemporary Anthropological and Demographic Perspectives*, Oxford, Clarendon Press, 326 p.
- BOCQUIER P., 2003, « L'urbanisation a-t-elle atteint son niveau de saturation en Afrique de l'Ouest? », in T. Eggerickx, C. Gourbin, B. Schoumaker, C. Vandeschrick, É. Vilquin (éd.), *Populations et défis urbains. Actes de la Chaire Quetelet 1999*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/L'Harmattan, p. 135-163.
- BOCQUIER P., S. TRAORÉ, 1996, « Migrations en Afrique de l'Ouest : de nouvelles tendances », *La Chronique du Ceped*, n° 20.

- CAHIERS QUÉBÉCOIS DE DÉMOGRAPHIE, 1992, *Démographie sociale en Afrique*, 21(1), 211 p.
- CALDWELL J., I.O. ORULULOYE, P. CALDWELL, 1992, « Fertility decline in Africa: a new type of transition? », *Population and Development Review*, 18(2), p. 211-239.
- CALVÈS A.-E., 2002, « Abortion risks and abortion decision among African youth: Evidence from urban Cameroon », *Studies in Family Planning*, 33(3), p. 249-260.
- CEPED, 1994, *La démographie de 30 Etats d'Afrique et de l'Océan indien*, Paris, Ceped, 351 p.
- CERPOD, 1995, *Migrations et urbanisation en Afrique de l'Ouest. Résultats préliminaires*, Bamako, Cerpod, 30 p.
- CHEN N., P. VALENTE, H. ZLOTNIK, 1998, « What do we know about recent trends in urbanization? », in R. Bilsborrow (éd.), *Migration, Urbanization and Development: New Directions and Issues*, Dordrecht, UNFPA-Kluwer, p. 59-88.
- CLELAND J., N. ONUOHA, I. TIMAEUS, 1994, « Fertility change in sub-Saharan Africa: a review of the evidence », in T. Locoh, V. Hertrich (éd.), *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*, Liège, Derouaux Ordina, p. 1-20.
- COHEN B., 1998, « The emerging fertility transition in sub-Saharan Africa », *World Development*, 26(8), p. 1431-1461.
- COHEN D., E. REID, 1999, « The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming? », in C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo, M. Touré (éd.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala-Codesria-IRD, p. 377-388.
- COQUERY-VIDROVITCH C., 1988, « Les populations africaines du passé », in D. Tabutin (éd.), *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan, p. 51-72.
- CORDELL D., 2001, « Population and demographic dynamics in sub-Saharan Africa in the second millennium », communication au séminaire *The History of World Population in the Second Millennium*, Florence, UIESP.
- CORDELL D., J. GREGORY, V. PICHÉ, 1998, *Hoe and Wage: A Social History of a Circular Migration System in West Africa, 1900-1975*, Boulder, Westview Press, 384 p.
- COUSSY J., J. VALLIN (éd.), 1996, *Crise et population en Afrique*, Paris, Ceped, 580 p.
- DELAUNAY V., 1994, *L'entrée en vie féconde*, Paris, Ceped, 326 p.
- DESCLAUX A., TAVERNE B., 2000, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala (Coll. Médecines du monde), 556 p.
- DONADJÉ F., 1992, *Nuptialité et fécondité des hommes au Sud-Bénin : une approche des stratégies de reproduction au Bénin*, Institut de démographie, Université catholique de Louvain-la-Neuve, Academia-Erasme, 222 p.
- DUBRESSON A., 2003, « L'Afrique sub-saharienne face au défi urbain », in T. Eggerickx, C. Gourbin, B. Schoumaker, C. Vandeschrick, É. Vilquin (éd.), *Populations et défis urbains. Actes de la Chaire Quetelet 1999*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/L'Harmattan, p. 51-78.
- EVINA A., 1994, « Infertility in sub-Saharan Africa », in T. Locoh, V. Hertrich (éd.), *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*, Liège, Derouaux Ordina, p. 251-266.
- FEENEY G., 2001, « The impact of HIV/AIDS on adult mortality in Zimbabwe », *Population and Development Review*, 27(4), p. 771-780.
- FERRY B., 2002, « L'impact démographique du VIH/SIDA », *La Chronique du Ceped*, n° 44.
- FOOTE K., K. HILL, L. MARTIN (éd.), 1996, *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Paris, Ined (Coll. Travaux et documents, Cahier n° 135), 372 p.
- GENDREAU F., 1993, *La population de l'Afrique. Manuel de démographie*, Paris, Karthala-Ceped, 463 p.
- GUILLAUME A., 2003a, *L'avortement en Afrique. Une revue de la littérature des années 1990 à nos jours*, Paris, Ceped (CD-Rom).
- GUILLAUME A., 2003b, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, 58(6), p. 741-772.
- GUILLAUME A., A. DESGRÈES DU LOÛ, 2002, « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: contraception, abortion or both? », *International Family Planning Perspectives*, 28(3), p. 159-166.
- HAMILTON K., 1997, « Europe, Africa, and international migration: an uncomfortable triangle of interests », *PSTC Working Paper, 97-02*, Providence, Brown University, 44 p.
- HCR, 2004, *Statistical Yearbook 2002. Trends in displacement, protection and solutions*, Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, Genève, 542 p.
- HERTRICH V., 2001, « Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Un bilan des tendances de l'entrée en union au cours des 40 dernières années », communication au colloque international *Genre, population et développement en Afrique*, Abidjan, UEPA/Ined/ENSEA/Iford.

- HUGON P., 1996, « Les systèmes éducatifs africains dans un contexte de récession et d'ajustement », in J. Coussy, J. Vallin (éd.), *Crise et population en Afrique*, Paris, Ceped, p. 209-231.
- JOLLY C., J. GRIBBLE, 1996, « Les déterminants proches de la fécondité », in K. Foote, K. Hill, L. Martin (éd.), *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, Paris, Ined, p. 71-117.
- KLISSOU P., 1995, *La polygamie au Bénin. Une approche régionale des tendances et des déterminants*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/L'Harmattan, 257 p.
- KOBIANÉ J.-F., 2001, « Revue générale de la littérature sur la demande d'éducation en Afrique », in M. Pilon, Y. Yaro (éd.), *La demande d'éducation en Afrique. État des connaissances et perspectives de recherche*, Dakar, UEPA (Coll. Réseaux thématiques de recherche de l'UEPA, n° 1), p. 19-47.
- KUATE-DEFO B. (éd.), 1998, *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*, Montréal, Ediconseil, 394 p.
- LANGÉ M.-F., 2001, « L'évolution des inégalités d'accès à l'instruction en Afrique depuis 1960 », communication au colloque international *Genre, population et développement en Afrique*, Abidjan, UEPA/Ined/ENSEA/Iford.
- LARSEN U., 1994, « Sterility in sub-Saharan Africa », *Population Studies*, 48(3), p. 459-474.
- LESTHAEGHE R. (éd.), 1989, *Reproduction and Social Organization in sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, 556 p.
- LESTHAEGHE R., G. KAUFMANN, D. MEEKERS, 1989, « The nuptiality regimes in sub-Saharan Africa », in R. Lesthaeghe (éd.), *Reproduction and Social Organization in sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, p. 238-337.
- LOCOH T., 1996, « Changements des rôles masculins et féminins dans la crise : la révolution silencieuse », in J. Coussy, J. Vallin (éd.), *Crise et population en Afrique*, Paris, Ceped, p. 445-469.
- LOCOH T., V. HERTRICH (éd.), 1994, *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*, Liège, Derouaux Ordina, 305 p.
- LOHLÉ-TART L., M. FRANÇOIS, 1999, *État civil et recensements en Afrique francophone*, Paris, Ceped (Les documents et manuels du Ceped, n° 10), 564 p.
- MAKINWA-ADEBUSOYE P., 1992, « The West African migration system », in M. Kritz, L. Lim, H. Zlotnik (éd.), *International Migration Systems. A Global Approach*, Oxford, Clarendon Press, p. 63-79.
- MARCOUX R., 1997, « Nuptialité et maintien de la polygamie en milieu urbain au Mali », *Cahiers québécois de démographie*, 26(2), p. 191-215.
- MATHIEU P., D. TABUTIN, 1996, « Démographie, crise et environnement dans le monde rural africain », in J. Coussy, J. Vallin (éd.), *Crise et population en Afrique*, Paris, Ceped, p. 123-160.
- 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.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1993a, *Demographic Effects of Economic Reversals in sub-Saharan Africa*, Washington, National Academy Press, 193 p.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1993b, *Factors Affecting Contraceptive Use in sub-Saharan Africa*, Washington, National Academy Press, 252 p.
- NATIONS UNIES, 1990, *Patterns of First Marriage: Timing and Prevalence*, New York, Nations unies, 328 p.
- NATIONS UNIES, 1998, « Levels and trends of sex differentials in infant, child and under-five mortality », in Nations unies, (éd.), *Too Young to Die: Genes or Gender?* New York, Nations unies, p. 84-108.
- NATIONS UNIES, 2002a, *HIV/AIDS and Fertility in sub-Saharan Africa. A Review of the Research Literature*, New York, Nations unies, 10 p.
- NATIONS UNIES, 2002b, *International Migration Report*, New York, Nations unies, 62 p.
- NATIONS UNIES, 2002c, *World Population Prospects. The 2000 Revision, volume 3, Analytical Report*, New York, Nations unies, 265 p.
- NATIONS UNIES, 2002d, *World Urbanization Prospects. The 2001 Revision*, New York, Nations unies, 321 p.
- NATIONS UNIES, 2003a, *Population, Education and Development*, New York, Nations unies, 56 p.
- NATIONS UNIES, 2003b, *World Population Prospects. The 2002 Revision*, New York, Nations unies, 781 p. + 939 p.

- OMS, 2003, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 39 p.
- ONUSIDA, 2003, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, Onusida/OMS, 48 p.
- PAGE H., R. LESTHAEGHE (éd.), 1981, *Child-Spacing in Tropical Africa: Tradition and Change*, New York, Academic Press, 322 p.
- PICHÉ V., E.K. VIGNIKIN, M. GUËYE, R. MARCOUX, M.K. KONATÉ, 2001, « Migration et transition démographique en Afrique », in F. Gendreau (éd.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, Paris, Estem, p. 65-78.
- PILON M., R. CLIGNET, 2001, « Questionnements méthodologiques sur la mesure des inégalités de scolarisation entre garçons et filles », communication au colloque international *Genre, population et développement en Afrique*, Abidjan, UEPA/Ined/ENSEA/Iford.
- POTTS D., 1995, « Shall we go home? Increasing urban poverty in African cities and migration processes », *Geographical Journal*, 161(3), p. 245-264.
- POTTS D., 2000, « Urban unemployment and migrants in Africa: evidence from Harare, 1985-1994 », *Development and Change*, vol. 31(4), p. 879-910.
- PNUD, 2003, *Rapport mondial sur le développement humain*, Paris, Economica, 162 p.
- RANDALL S., T. LEGRAND, 2003, « Stratégies reproductives et prise de décision au Sénégal : le rôle de la mortalité des enfants », *Population*, 58(6), p. 773-806.
- SALA-DIAKANDA M., 1980, *Approche ethnique des phénomènes démographiques : le cas du Zaïre*, Louvain-la-Neuve, Cabay, 433 p.
- SCHOUMAKER B., 2004, « Poverty and fertility in sub-Saharan Africa. Evidence from 25 countries », communication à la réunion annuelle de la *Population Association of America*, Boston.
- SCHOUMAKER B., D. TABUTIN, M. WILLEMS, 2004, « Dynamiques et diversités démographiques dans le monde (1950-2000) », in G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch (éd.), *Démographie : analyse et synthèse. V – Histoire du peuplement et prévisions*, Paris, Ined, p. 213-247.
- SHAPIRO D., B.O. TAMBASHE, 2003a, « Villes et transition de la fécondité en Afrique au sud du Sahara », in T. Eggerickx, C. Gourbin, B. Schoumaker, C. Vandeschrick, É. Vilquin (éd.), *Populations et défis urbains. Actes de la Chaire Quetelet 1999*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/L'Harmattan, p. 605-625.
- SHAPIRO D., B.O. TAMBASHE, 2003b, *Kinshasa in Transition. Women's Education, Employment, and Fertility*, Chicago, Chicago University Press, 279 p.
- TABUTIN D. (éd.), 1988, *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan, 551 p.
- TABUTIN D., 1997, « Les transitions démographiques en Afrique sub-saharienne. Spécificités, changements... et incertitudes », *Actes du Congrès international de la population*, Beijing, UIESP, vol. 1, p. 219-247.
- TABUTIN D., G. BENINGUISSE, C. GOURBIN, 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.
- TABUTIN D., B. SCHOUMAKER, 2001, « Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique sub-saharienne », communication au *Congrès général de l'UIESP*, Salvador de Bahia (Brésil).
- TABUTIN D., M. WILLEMS, 1995, « Excess female child mortality in the developing world in the 1970s and 1980s », *Population Bulletin of the United Nations*, 39, p. 45-78.
- THIERRY X., 2001, « Les entrées d'étrangers en France de 1994 à 1999 », *Population*, 56(3), p. 423-450.
- THIOMBIANO B., 2004, *Les ruptures d'union au Burkina Faso. Une analyse biographique*, mémoire de DEA, Institut de démographie, Université catholique de Louvain-la-Neuve, 80 p.
- TIMAEUS I., 1999, « Adult mortality in Africa in the era of AIDS », in UEPA (éd.), *Actes de la III^e conférence africaine de population*, vol. 2, Durban, UEPA, p. 375-395.
- UNESCO, 2003, *Genre et éducation pour tous. Le pari de l'égalité*, Paris, Unesco, 432 p.
- VALLIN J. (éd.), 1994, *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte/Ceped, 223 p.
- VAN DE WALLE E., 1996, « L'âge au mariage : tendances récentes », in K. Foote, K. Hill, L. Martin (éd.), *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, Paris, Ined, p. 119-154.

- VAN DE WALLE E., F. VAN DE WALLE, 1988, « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité », in D. Tabutin (éd.), *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan, p. 141-165.
- VAN DE WALLE E., D. FOSTER, 1990, « Fertility decline in Africa. Assessment and prospects », Washington, The World Bank (World Bank Technical Paper, 125), 125 p.
- VAN DE WALLE E., G. PISON, M. SALA-DIAKANDA (éd.), 1992, *Mortality and Society in sub-Saharan Africa*, Oxford, Clarendon Press, 450 p.
- VIMARD P., 1996, « Évolution de la fécondité et crises africaines », in J. Coussy, J. Vallin (éd.), *Crise et population en Afrique*, Paris, Ceped, p. 293-318.
- VIMARD P., B. ZANOU (éd.), 2000, *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 298 p.
- WAKAM J., 1994, *De la pertinence des théories « économistes » de fécondité dans le contexte socio-culturel camerounais et négro-africain*, Yaoundé, Iford (Les Cahiers de l'Iford, n° 8), 527 p.
- ZLOTNIK H., 1993, « South-to-North migration since 1960: the view from the South », *Congrès international de la population*, Montréal, UIESP.
- ZLOTNIK H., 1996, « Migration to and from developing regions: a review of past trends », in W. Lutz (éd.), *The Future Population of the World. What Can we Assume Today?* Londres, Earthscan, p. 299-335.
- ZLOTNIK H., 2003, « Migrants' right, forced migration and migration policy in Africa », communication à la *Conference on African Migration in Comparative Perspective*, Johannesburg.

TABUTIN Dominique, SCHOUMAKER Bruno.– La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique

Consacrée à l'Afrique au Sud du Sahara (48 pays, 730 millions d'habitants), cette chronique propose à la fois une synthèse des grands changements sociodémographiques et sanitaires depuis les années 1950 et un bilan statistique rassemblant les données récentes les plus fiables sur chaque pays. Y sont notamment examinés les effectifs et les structures de la population, la fécondité et ses variables intermédiaires, la nuptialité, la mortalité, la santé des enfants, les migrations et déplacements de population, l'urbanisation et l'accès à l'éducation. Si l'Afrique conserve la croissance démographique la plus rapide du monde et a la population la plus jeune, de nombreux changements sont en cours; mais ils se font, selon les pays, les régions et les milieux d'habitat, à des rythmes variables, conduisant à une diversification croissante des régimes démographiques africains. Parmi les grandes tendances, on observe une baisse de la fécondité pour l'ensemble de l'Afrique depuis une quinzaine d'années, avec des déclinés rapides dans quelques pays mais aussi une stagnation dans une quinzaine d'autres. Les âges au mariage augmentent dans la plupart des pays, mais la polygamie résiste plutôt bien. La mortalité des adultes et des enfants a sensiblement baissé depuis quarante ans, à des rythmes toutefois variables et avec de récents et préoccupants retournements de tendance dans les pays les plus touchés par le sida. L'urbanisation se poursuit. L'accès à l'éducation, notamment des femmes, demeure un problème réel. En définitive, la situation de l'Afrique sub-saharienne s'est améliorée depuis les années 1950 ou 1960, mais les progrès – plus modérés que dans les autres régions du monde – apparaissent comme fragiles ou incertains dans le contexte actuel de crise économique, de pauvreté et de pandémie de sida.

TABUTIN Dominique, SCHOUMAKER Bruno.– The Demography of Sub-Saharan Africa from the 1950s to the 2000s. A Survey of Changes and a Statistical Assessment

This chronicle is focused on sub-Saharan Africa (48 nations, 730 million people) and includes both a summary of the major socio-demographic and health changes since the 1950s and a statistical survey based on the most reliable recent data on each nation. Particular attention has been given to the size and structure of the population, fertility and its intermediate variables, nuptiality, mortality, child health, migration and population movements, urbanization and access to education. Even though Africa still has the most rapid growth and the youngest population in the world, many changes are in progress. They occur at different speed depending on the country, the region, and the type of residence. As a result, African demographic regimes are diversifying. One major trend is the decline of fertility that has been observed for Africa as a whole for the last fifteen years, with rapid declines in a few countries, but also stagnation in about fifteen others. The age at first marriage is increasing in most countries, but polygyny is resisting rather well. Adult and child mortality have decreased markedly over the last forty years, though at a different pace and with worrisome reversals of trends in recent times in the countries most affected by AIDS. Access to education, particularly for women, is still an issue. The overall situation in sub-Saharan Africa has improved since the 1950s or 1960s, but progress is slower than in other regions in the world and appears reversible or uncertain in the current context of economic crisis, poverty and the AIDS pandemic.

TABUTIN Dominique, SCHOUMAKER Bruno.– La demografía de África Subsahariana desde los años cincuenta hasta el 2000. Síntesis de los cambios y balance estadístico

Esta crónica presenta una síntesis de los grandes cambios socio-demográficos y sanitarios que han tenido lugar en (el) África Subsahariana (48 países, 730 millones de habitantes) desde los años cincuenta y ofrece un balance estadístico de los datos recientes más fiables de cada país. Examinamos los efectivos y las estructuras de población, la fecundidad y sus variables intermedias, la nupcialidad, la mortalidad, la salud infantil, las migraciones y movimientos de población, la urbanización y el acceso a la educación. Aunque África mantiene el crecimiento demográfico más rápido del mundo y la población más joven, se están produciendo muchos cambios, el ritmo de los cuales varía según el país, la región y el tipo de residencia; tales diferencias están conduciendo a una diversificación creciente de los regímenes demográficos africanos. Entre las tendencias más importantes destaca la baja de la fecundidad para el conjunto de África en los últimos quince años, con disminuciones rápidas en ciertos países y un estancamiento en una quincena de países. La edad al matrimonio aumenta en la mayoría de países, pero la poligamia se mantiene. La mortalidad infantil y adulta ha disminuido ligeramente en los últimos cuarenta años, a ritmos variables y con retrocesos recientes y preocupantes en los países más afectados por el SIDA. El acceso a la educación sigue siendo un problema, especialmente entre las mujeres. En resumen, la situación demográfica de África Subsahariana ha mejorado desde los años cincuenta o sesenta, pero las mejoras – más moderadas que en otras regiones del mundo – aparecen frágiles o inciertas en el contexto actual de crisis económica, pobreza y epidemia del SIDA.