# Synthèse : entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne

Patrice Vimard

▶ **To cite this version:**

Patrice Vimard. Synthèse : entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne. Benoit Ferry. L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain, Karthala, pp.329-367, 2007. ird-00294044

**HAL Id: ird-00294044**
**https://ird.hal.science/ird-00294044**

Submitted on 8 Jul 2008

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Ce texte représente la dernière version d'auteur d'un chapitre publié, dans un ouvrage collectif, avec la référence suivante : Vimard Patrice. Synthèse : entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne. In : Ferry Benoît (dir.). *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, 2007, p. 329-367.

# 7

# Synthèse
# Entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne

Patrice VIMARD

Selon les dernières projections de population, publiées par les Nations unies en 2007, la population mondiale pourrait encore augmenter de 50 % dans les cinquante prochaines années et passer de 6,1 milliards en 2000 à 9,2 milliards en 2050. Parallèlement, la population de l'Afrique subsaharienne pourrait être multipliée par 2,6 et passer de 680 millions en 2000 à 1,760 milliard en 2050 (United Nations, 2007a). Encore faut-il privilégier l'hypothèse d'une convergence des comportements démographiques à l'échelle de la planète, avec une baisse rapide de la mortalité et de la fécondité dans les pays africains, ce que les évolutions récentes de certains d'entre eux rendent encore incertain. La croissance démographique en Afrique, comme le montrent ces chiffres, reste exceptionnellement forte. La situation démographique en Afrique subsaharienne est, quant à elle, devenue plus complexe, avec l'émergence du VIH/Sida et, dans certains pays, des remontées de la mortalité ainsi que des interruptions dans la baisse de la fécondité, que l'on croyait pourtant bien amorcée et durable. De fait, quelles que soient les hypothèses d'évolution future que l'on retienne, la croissance démographique au sud du Sahara est une donnée incontournable de ce début de XXI$^{e}$ siècle, et elle le restera longtemps encore, à cause du poids des générations en âge de reproduction durant la majeure partie du siècle (United Nations, 2007b). Les effets de cette croissance démographique sur le développement économique et social et sur les conditions de vie des populations constituent donc des éléments majeurs du devenir de la région.

Les facteurs affectant les performances économiques des différentes nations sont divers, complexes et profondément ancrés dans le passé. L'un de ces facteurs, agissant en interaction avec les autres, est le comportement démographique. Durant l'époque moderne, les processus de développement des pays européens ont été stimulés par la croissance de la population, lors des premières phases de la transition démographique. Une croissance d'ailleurs relativement modérée, que ces pays, aujourd'hui riches, surent ensuite contrôler, grâce à l'évolution des mentalités et des structures sociales, grâce à la mise en place de politiques et d'institutions adaptées (Demeny et McNicoll, 2006), et grâce à des mouvements massifs d'émigration transocéanique (Chesnais, 1986). Par rapport à ce modèle de développement, force est aujourd'hui de constater que l'Afrique subsaharienne n'a pas obtenu de réel décollage économique. Elle n'a pas su ou n'a pas pu s'appuyer sur sa croissance démographique pour stimuler sa croissance économique. L'Afrique dispose pourtant d'atouts importants : des ressources humaines, une richesse du sous-sol ainsi que des capacités agricoles et forestières qui restent malheureusement souvent mal exploitées ou à l'état de potentialités.

Contrairement aux pays émergents d'Asie et d'Amérique latine, de nombreux pays au sud du Sahara restent donc confrontés à une croissance économique insuffisante et à une croissance démographique mal maîtrisée. Ils n'ont pas encore trouvé le chemin du développement et demeurent ainsi en dehors du mouvement actuel de mondialisation. Après une décennie post-indépendance marquée par quelques progrès encourageants, leur PNB par tête a peu évolué depuis les années 1970[1]. Si le regain économique de ces dernières années laisse espérer le retour de progrès durables, comme semblent le penser les institutions en place telles que la Commission économique pour l'Afrique des Nations unies et l'Union africaine, les facteurs d'instabilité sont encore importants (dépendance de la plupart des pays à forte croissance envers la rente pétrolière, instabilité politique et conflits militaires encore nombreux, déficience de la puissance publique, etc.). D'ailleurs, la portée de la récente reprise du PNB ne doit pas être surestimée, car cet indicateur est très imparfait. Pour nombre de pays, il ne reflète, par exemple, que la valorisation de la ressource pétrolière ou minière ou encore quelques bonnes récoltes suite à des conditions climatiques favorables. La question des inégalités des revenus, des niveaux de vie et des patrimoines ou celle du contexte social ne sont pas non plus prises en compte par le PNB. En outre, celui-ci ignore l'épuisement des ressources non reproductibles, il ne comptabilise évidemment pas les activités illicites, en plein essor, et enfin il ne prend que très imparfaitement en compte les activités informelles qui contribuent souvent de manière plus importante au PNB que les activités formelles. En bref, l'évolution positive du PNB par tête peut refléter une certaine croissance économique sur quelques années, mais cette croissance apparaît très éloignée du développement durable, le seul qui soit susceptible d'offrir à moyen terme de meilleures conditions de vie aux populations comme aux générations futures.

Aussi peut-on douter que les succès actuels soient suffisants pour endiguer la pauvreté. Six pays seulement ont atteint en 2004 le taux de croissance de 7 % ou plus, requis pour atteindre le premier Objectif du Millénaire pour le développement (réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015) : Tchad, Guinée équatoriale, Liberia, Éthiopie, Angola et Mozambique. Et, parmi ces 6 pays, seuls le Tchad, la Guinée équatoriale et le Mozambique ont soutenu ce rythme de croissance depuis 2001, et l'Angola depuis 2002 (CEA, 2005). En fait si la proportion de personnes vivant en Afrique subsaharienne dans une extrême pauvreté, avec moins d'un dollar par jour, n'a pratiquement pas bougé entre 1990 et 2002 (de 44,6 % à 44 %), leur effectif s'est accru de 140 millions (United Nations, 2006a).

À cette marginalisation économique globale de l'Afrique subsaharienne s'ajoutent des inégalités relativement fortes entre les pays, qui s'intensifient avec la mondialisation. Les pays ayant bénéficié d'une croissance soutenue depuis leur indépendance et qui ont su se doter au fil des ans d'une démocratie suffisamment stable et fonctionnelle, d'une bonne gouvernance et d'une identité nationale, peuvent davantage participer aux échanges de l'économie internationale et tirer profit des investissements privés, de l'aide publique au développement et de l'accès à des technologies évoluées (Botswana, Maurice, Ghana, Bénin, Afrique du Sud). À l'inverse, parmi les pays qui ont vu leur PNB progresser faiblement, ou même stagner ou régresser, depuis leur indépendance, nombreux sont ceux qui ont souffert de guerres civiles ou d'instabilité politique et se caractérisent aujourd'hui par des structures étatiques et des services de santé et d'éducation déliquescents, voire absents sur une partie de leur territoire national (Côte d'Ivoire, Nigeria, Congo, etc.). Sans oublier les pays en faillite depuis de nombreuses années (République démocratique du Congo, Somalie). Tous ces pays ont aujourd'hui moins de capacités d'accès aux opportunités offertes par la mondialisation et

[1] Il y a trente ans, le revenu moyen par tête était en Afrique subsaharienne deux fois plus élevé qu'en Asie de l'Est ; aujourd'hui, il est bien en dessous de la moitié, et ces évolutions sont comparables avec les autres régions du monde en développement.

ils ne profitent souvent que de la face trouble de celle-ci : trafic de drogues et d'armes, échanges parallèles échappant aux contrôles des États. Dans une économie de plus en plus globalisée, les cercles vicieux sont à la mesure des cycles vertueux. De ce fait, l'avenir des différents pays subsahariens repose en partie sur leurs capacités à mieux utiliser le monde extérieur comme source d'investissement, d'aide et d'assistance humanitaire (Clapham, 2006 ; National Intelligence Council, 2005)[2].

Si l'Afrique subsaharienne est la région la plus en retard dans le processus de développement, elle se trouve être également la région la moins avancée dans le mouvement de transition démographique. Sur le plan économique et social, l'Afrique subsaharienne a, en 2004, le PIB par tête le plus faible de toutes les grandes régions en développement : 1 946 dollars (en parité de pouvoir d'achat), ce qui représente seulement les 2/3 de celui de l'Asie du Sud (3 072 dollars), la région la moins bien lotie après elle. Son indice de développement humain est de 0,472 contre 0,599 pour l'Asie du Sud. Dans le domaine de l'éducation, l'Afrique subsaharienne parvient à faire jeu égal avec l'Asie du Sud : 63 % d'adultes de plus de 15 ans alphabétisés contre 61 %, mais elle reste loin des pays arabes (70 %) et encore plus de l'Asie de l'Est et de l'Amérique latine (90 %) (UNPD, 2006).

Sur le plan démographique, la croissance annuelle de la population en Afrique subsaharienne a été et restera demain la plus élevée dans le monde. Selon les estimations des Nations unies, elle est restée égale ou supérieure à 2,5 % par an de 1960-1965 à 2000-2005, et elle devrait être encore de 2,3 % en 2010-2015. À cette croissance démographique exceptionnellement forte et persistante s'ajoute une mortalité importante. En effet, en 2000-2005 l'espérance de vie à la naissance, en Afrique subsaharienne, est restée de 14 ans inférieure à celle de l'Asie du Sud (48,8 ans contre 62,7)[3]. Elle a, de plus, cessé de progresser depuis la fin des années 1980, principalement à cause de l'extension de l'épidémie du VIH/Sida. Elle est ainsi passée de 49,9 ans en 1985-1990 à 48,8 en 2000-2005, et devrait atteindre 50 ans en 2005-2010, soit 10 ans de moins que ce qu'elle aurait pu être sans l'épidémie de VIH/Sida (United Nations, 2007a).

Pour mieux comprendre cette situation critique, caractérisée par le sous-développement, la pauvreté et la forte croissance démographique, nous avons voulu mettre l'accent sur les questions qui nous paraissaient essentielles à ce stade de la réflexion scientifique. Le présent ouvrage s'efforce tout d'abord de dresser les lignes de force de la démographie africaine en ce début de XXI$^{e}$ siècle, en privilégiant l'histoire et les perspectives démographiques, l'évolution de la fécondité et celle de la mortalité. Il analyse ensuite les relations entre démographie et développement, en insistant sur la demande d'enfants, sur les interactions pauvreté-fécondité, ainsi que sur l'éducation et la santé comme composantes d'une croissance économique durable. Il aborde enfin le problème des moyens d'action, en mettant l'accent sur les

[2] On se reportera au tableau annexe 1 pour situer les rythmes de croissance économique et démographique des pays de l'Afrique subsaharienne. On pourra y vérifier combien sont importants les écarts de croissance entre les pays et relativement faibles les homogénéités sous-régionales. Les pays de l'Afrique australe ont une croissance économique et une croissance démographique faibles, mais cette dernière est maintenant liée autant à l'effet du Sida sur la mortalité qu'à la baisse de la natalité. Les pays de l'Afrique de l'Est ont une croissance économique très diverse et une croissance de leur population principalement concentrée dans la tranche 2-2,9 %. En Afrique centrale, les pays bénéficient en majorité d'une croissance économique tirée par les revenus pétroliers, mais leur croissance démographique est très variable. Enfin, en Afrique de l'Ouest, la croissance économique des pays est soutenue, sauf pour ceux qui ont récemment souffert d'un conflit intérieur (Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia), et la croissance démographique est diverse.

[3] Des projections récentes, réalisées pour l'OMS, ont montré que l'écart entre les espérances de vie devrait continuer à s'accroître au détriment de l'Afrique subsaharienne. Ainsi en 2030, les espérances de vie à la naissance des hommes et des femmes y seraient comprises entre 50 et 55 ans, alors qu'elles seraient, dans toutes les autres régions du monde, supérieures à 65 ans (Mathers et Loncar, 2006).

comportements sexuels et reproductifs des jeunes générations ainsi que sur leur accès à la santé de la reproduction.

S'appuyant sur l'ensemble des contributions à cet ouvrage, ce chapitre de synthèse vise tout d'abord à présenter les principaux liens entre les questions de population, en incluant la santé de la reproduction, et la croissance économique, en considérant les relations qui peuvent exister entre les dynamiques démographiques et les sphères qui participent du développement social : économie, santé, éducation, etc. Il vise également à mettre en évidence les priorités d'action et les priorités de recherche qui se dégagent des différentes contributions[4].

## I-La question démographique en Afrique subsaharienne

### *1) Faible densité globale et forte croissance de la population*

La démographie de l'Afrique est singulière, tant par son héritage historique que par sa dynamique actuelle (cf. chapitre 1). Elle a toujours joué un rôle central dans l'histoire de ce continent (Clapham, 2006 : 98) ; certains chercheurs l'ont même identifiée comme l'élément clé de cette, histoire, mettant en évidence la récurrence au fil des siècles de plusieurs traits distinctifs dans les processus démographiques (Iliffe, 1995, cité par Clapham, 2006). Sans revenir sur les détails, force est de constater que l'histoire de l'Afrique fut fortement marquée par les traites esclavagistes et les colonisations. Ainsi, en 1900, au sortir de périodes de traite successives, l'Afrique subsaharienne se caractérisait par une population avoisinant les 100 millions, d'une densité relativement faible, ayant peu évolué en quatre siècles (environ 2 personnes au kilomètre carré en 1500, un peu plus de 4 personnes au kilomètre carré en 1900) et très inégalement répartie. Les populations denses étaient concentrées dans quelques régions isolées les unes des autres : plateaux éthiopiens, région des Grands Lacs, zone forestière ouest-africaine allant du sud du Ghana au Nigeria actuels, etc. À partir des années 1920, cependant, la fin du commerce d'esclaves, le développement des administrations coloniales et des voies de communication, ainsi que l'introduction de la médecine occidentale servirent de fondements à la croissance de la population (Herbst, 2000 et Iliffe, 1995, cités par Clapham, 2006). Toutefois, la densité globale, en 1950, peu avant les indépendances, était encore globalement faible (un peu plus de 7 habitants au km²) et la population, estimée à 168 millions, demeurait peu nombreuse, ce qui n'était pas très favorable au développement des activités humaines et à la mise en place d'États structurés et efficients.

En 2005, quelques décennies plus tard, la population de l'Afrique subsaharienne est estimée à 770 millions, soit 4,3 fois plus qu'en 1950, résultat d'une croissance annuelle constamment égale ou supérieure à 2,5 % depuis 1960 (United Nations, 2007a). Cette croissance démographique, la plus forte au monde depuis plus de 50 ans, permet à l'Afrique subsaharienne de voir sa part dans la population mondiale quasiment doubler au cours du XX$^{e}$ siècle (de 6 % à 11 %). Elle correspond aux toutes premières phases de la transition démographique et repose sur l'articulation entre une mortalité en diminution et une fécondité encore élevée, ce qui distingue nettement l'Afrique subsaharienne des autres régions en développement (Nations unies, 2003 ; United Nations, 2005).

### *2) Une baisse de la mortalité tardive en cours de ralentissement ou d'interruption*

L'Afrique subsaharienne n'est pas restée en dehors du mouvement de baisse de la mortalité dans le monde (cf. chapitres 1 et 2). Cette baisse s'amorça dans le nord-ouest de l'Europe au

[4] Je tiens à remercier Benoît Ferry, Jean-Pierre Guengant, Philippe Hugon et Dominique Tabutin pour leurs remarques tout au long de la rédaction de cette synthèse.

cours du XVIII[e] siècle, avec la lutte contre les grandes épidémies et le recul des disettes, pour s'étendre au XIX[e] siècle à l'ensemble de l'Europe, à l'Amérique du Nord et au Japon. Puis elle toucha, au début du XX[e] siècle, l'Amérique latine, l'Asie, le Moyen-Orient, et enfin, mais avec un certain retard, l'Afrique subsaharienne. Dans cette région en effet, le recul de la mortalité ne s'est vraiment affirmé que dans la seconde moitié du XX[e] siècle, et ce à un rythme relativement lent. Aujourd'hui, les principaux indicateurs de mortalité de la région (taux brut de mortalité de 16 ‰, espérance de vie à la naissance de 48,8 ans et taux de mortalité avant 5 ans de 167 ‰) (United Nations, 2007a) sont proches des niveaux atteints en 1900 par les pays les plus avancés à l'époque (Angleterre, France, Japon). En définitive, les pays subsahariens figurent parmi ceux qui ont la plus forte mortalité dans le monde : ils demeurent encore à l'écart de la majorité des progrès sanitaires accomplis à l'échelle de la planète, en matière notamment de contrôle des maladies infectieuses et du paludisme, et sont les plus touchés par la pandémie du VIH/Sida (Mesle et Vallin, 1997 ; United Nations, 2006b).

La mortalité des jeunes enfants, comme la mortalité générale, commença réellement à baisser dans les années 1950[5]. Elle fut quasi générale à l'échelle de la région, sous l'effet, principalement, d'une amélioration générale des conditions de vie et d'alimentation, d'une part, et de la mise en œuvre de campagnes de vaccination, d'autre part. Cette baisse fut cependant très inégale suivant les pays, d'où une mortalité des enfants très diverse, avec une différence assez perceptible entre, d'un côté les pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, où la baisse de la mortalité était plus avancée, et, de l'autre, les pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale. Cette divergence s'est estompée, voire inversée, depuis les années 1980 pour certains pays avec la diffusion de la pandémie de VIH/Sida, très présente en Afrique australe et dans certains pays d'Afrique de l'Est. À cette différence entre pays s'ajoutent les inégalités devant la mort selon l'appartenance sociale, le niveau d'instruction et le lieu de résidence, les niveaux les plus bas de mortalité des jeunes enfants étant liés à l'urbanisation et à l'éducation (Hill, 1996).

Lorsque la mortalité adulte commença à régresser, au début des années 1950, elle était beaucoup plus élevée en Afrique subsaharienne que dans le reste du monde. Cette diminution fut relativement rapide durant les années 1960 et 1970, et plus intense que la baisse de la mortalité des enfants, avec, là aussi, de fortes différences entre pays, régions et statuts socio-économiques. Mais les années 1980 et 1990 marquèrent un ralentissement de ce mouvement de baisse, avec la montée des crises socio-économiques, la multiplication des conflits, localisés ou d'ampleur régionale[6], puis l'émergence de la pandémie de VIH/Sida (Timæus, 1996).

La baisse de la mortalité fut bien réelle en début de période, puisqu'on estime que l'espérance de vie à la naissance a progressé de 37,6 à 49,6 ans entre 1950-1955 et 1990-1995. Mais les progrès se sont ensuite globalement interrompus, puisque l'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne n'était que de 48,8 ans en 2000-2005 (United Nations, 2007a). L'Afrique de l'Ouest, l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est ont connu une interruption de la baisse de la mortalité, mais en Afrique australe la mortalité a

[5] À l'exception de quelques prémices, enregistrés avant la Seconde Guerre mondiale, au Ghana notamment ou au Togo.

[6] La guerre qui a déchiré la République démocratique du Congo aurait provoqué, directement ou indirectement, près de quatre millions de victimes entre 1998 et 2004, se révélant comme la pire crise humanitaire et le conflit le plus meurtrier qui ait endeuillé la planète depuis la Seconde Guerre mondiale (Coghlan *et al.*, 2006). Souvent qualifiée de « première guerre mondiale africaine », elle concerne huit États et se poursuit de manière quasiment endémique, ajoutant son lot de morts et de réfugiés aux conflits qui touchent aujourd'hui le Darfour et la Somalie et menacent de déstabiliser l'Afrique centrale et la Corne de l'Afrique.

carrément augmenté, puisque l'espérance de vie à la naissance a diminué de 10 ans, passant de 62 ans en 1990-1995 à 52 ans en 2000-2005. Ces renversements de tendance, inconnus jusqu'alors, si l'on excepte ceux provoqués par des guerres et des famines, ne peuvent plus être considérés comme des épiphénomènes de nature conjoncturelle. Ils doivent être au contraire appréhendés comme des phénomènes s'inscrivant dans la durée et ayant des causes structurelles (Moser *et al.*, 2005). Les pays touchés sont aussi différents que l'Afrique du Sud, le Botswana, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, la Namibie, la Tanzanie, le Togo, le Zimbabwe. Cette remontée de la mortalité annule dans certains pays tous les progrès patiemment enregistrés depuis le début de la baisse. Ainsi, dans trois pays (Zimbabwe, Zambie et Botswana) les espérances de vie à la naissance en 2000-2005 sont inférieures à ce qu'elles étaient en 1950-1955, et dans six autres pays (Lesotho, Swaziland, Rwanda, Liberia, République démocratique du Congo et Côte d'Ivoire), les espérances de vie à la naissance en 2000-2005 ne sont que de 3 à 6 ans plus élevées que ce qu'elles étaient en 1950-1955 (United Nations, 2007a).

Le Sida tient, bien entendu, une large part dans la crise, voire la catastrophe, sanitaire qui frappe certains pays d'Afrique subsaharienne, notamment ceux situés en Afrique australe et en Afrique de l'Est. Mais d'autres phénomènes jouent également leur rôle : maladies émergentes ou résurgentes (parmi lesquelles la tuberculose, liée en partie au VIH/Sida, le paludisme, qui résiste aux anciens traitements, et le choléra), crises économiques et alimentaires, croissance de la pauvreté et des inégalités, conflits civils ou guerres entre pays, désorganisation des États, augmentation des coûts de santé pour les ménages, faible efficacité des systèmes de santé. Tous ces facteurs agissent le plus souvent en interaction selon des schémas de relations encore mal connus. Si la transition sanitaire a bien commencé à l'échelle du continent africain, le processus s'est inversé, plus ou moins durablement, dans nombre de pays, en particulier ceux les plus touchés par le Sida.

*3) Une fécondité forte en transition lente et inégale*

Les populations d'Afrique subsaharienne demeurent, et de loin, celles dont la fécondité reste aujourd'hui la plus élevée au monde (cf. chapitre 1). Proche de 7 enfants par femme en moyenne, des années 1950 aux années 1970, la fécondité a commencé à décliner lors de la décennie 1980 pour atteindre 6,1 enfants par femme en 1990-1995 et 5,5 enfants par femme en 2000-2005. Commencée plus tard que dans les autres régions, la diminution de la fécondité se poursuit à des rythmes très variables selon les pays. À partir d'un niveau prétransitionnel élevé et relativement homogène de 6 à 8 enfants par femme dans les années 1960, exception faite de quelques pays fortement touchés par la stérilité (le Gabon par exemple), le déclin fut rapide en Afrique australe, dans certains pays insulaires et au Zimbabwe. Il a été plus lent dans une vingtaine d'autres pays, avec une baisse de un à moins de deux enfants par femme entre 1980-1985 et 2000-2005. La transition de la fécondité reste en outre très timide ou n'est pas encore amorcée dans une quinzaine de pays, pour la plupart situés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Par ailleurs, la diminution de la fécondité se révèle très inégale selon les catégories de population, beaucoup plus lente dans les populations rurales et celles faiblement instruites (Tabutin et Schoumaker, 2004).

La baisse de la fécondité est donc tardive, lente et inégale en Afrique subsaharienne, à l'image même des progrès de la contraception qui sont aussi très divers. En effet, selon les données disponibles les plus récentes, l'utilisation de la contraception totale (allaitement non compris) varie de 3 à 6 % dans quatre pays (Tchad, Niger, Angola, Érythrée) à plus de 50 % dans trois pays (Zimbabwe, Afrique du Sud, Maurice). Quant à la contraception moderne, elle varie de 2 à 5 % dans six pays (à nouveau Tchad, Niger, Angola, Érythrée, mais aussi Mauritanie, République démocratique du Congo) à plus de 50 % dans deux pays (Zimbabwe,

Afrique du Sud). Ces différences sont le résultat d'évolutions diverses, mais globalement très lentes, de la pratique contraceptive. L'exemple des pays d'Asie et d'Amérique latine montre que la maîtrise de la fécondité peut être atteinte en une cinquantaine d'années, lorsque la pratique de la contraception progresse d'environ 1,5 point de pourcentage par an jusqu'à concerner en gros 70 % des femmes en union. Les données disponibles pour l'Afrique subsaharienne indiquent que l'utilisation des méthodes modernes sur des périodes au moins égales à 10 ans ne progresse de 1,5 point ou plus par an que dans quatre pays : le Zimbabwe, le Swaziland, la Zambie et le Malawi. Pour les 14 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale pour lesquels on dispose de données sur une longue période, la progression de l'utilisation de la contraception moderne a été au plus de 0,6 point de pourcentage par an au Ghana (entre 1976 et 2003) et de 0,5 point au Cameroun (1978-2004). Dans les autres pays, elle a été inférieure à 0,5 point par an, ce qui signifie que si ce rythme devait se maintenir, leur transition de la fécondité pourrait mettre une centaine d'années au moins à s'achever. Sans doute la croissance de l'utilisation de la contraception est-elle également très faible dans la plupart des pays pour lesquels on ne dispose pas de données d'évolution. Au total, la faiblesse de l'utilisation de la contraception et de sa progression ne concerne pas seulement des pays enclavés et très démunis, de la zone sahélienne par exemple, ou des pays anciennement ou actuellement touchés par des conflits internes ou externes, mais aussi des pays emblématiques du continent (Cameroun, Nigeria, Sénégal, etc.), où la pratique contraceptive ne décolle pas réellement (Vimard et Fassassi, 2005).

On est donc encore loin, en Afrique subsaharienne, de la révolution contraceptive que les autres régions en développement ont connue. Par ailleurs, l'utilisation de la contraception apparaît très variable non seulement d'un pays à l'autre mais aussi, dans un même pays, selon la région et le groupe social. Cette variabilité constitue une source additionnelle d'inégalités entre populations, puisque certains groupes ont, jusqu'à un certain point, la capacité de maîtriser leur reproduction démographique, alors que d'autres ne l'ont pas. La baisse de la fécondité repose de plus en plus aujourd'hui sur l'articulation de différentes pratiques : la contraception moderne, les pratiques anciennes d'espacement des naissances (abstinence post-partum et allongement de l'allaitement, agissant par l'entremise de l'aménorrhée post-partum), le recul de l'âge au premier mariage et, de plus en plus fréquents en ville, les avortements provoqués. On a ainsi estimé qu'en début de transition de la fécondité, l'avortement pouvait avoir, pour certaines populations urbaines, un effet réducteur de la fécondité aussi important que les méthodes contraceptives (Fassassi et Vimard, 2002 ; Guillaume, 2003). Cette situation est révélatrice des difficultés d'accès aux services de contraception pour de nombreuses populations qui se heurtent à des obstacles non seulement culturels, mais aussi économiques et institutionnels ou même à l'absence de services. Le recours à l'avortement, pratiqué souvent de manière clandestine, fait courir aux femmes des risques sanitaires importants qui peuvent porter atteinte à leur fécondité future et à leur vie. Les décès maternels sont en effet, pour une grande part, consécutifs à des avortements effectués dans de mauvaises conditions (Guillaume, 2000).

On remarque en outre que le mouvement de baisse de la fécondité est plus incertain qu'on ne l'imaginait, il y a une dizaine d'années. On a, en effet, observé un arrêt de la baisse de la fécondité et de la progression de l'utilisation de la contraception dans deux pays subsahariens, le Ghana et le Kenya, pourtant exemplaires par la précocité de leurs politiques de population, élaborées dans les années 1960, et par la rapidité de la baisse de leur fécondité, une fois celle-ci amorcée. Cette stabilisation de la fécondité en cours de transition, et loin de son achèvement (puisque le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,4 au Ghana et de 4,7 au Kenya), tranche avec les parcours suivis lors des transitions des pays industrialisés et de beaucoup de pays du Sud, et démontre qu'il n'y a pas de baisse inéluctable et ininterrompue

de la fécondité. L'interruption observée paraît liée à un système commun de déterminants proches : stabilisation de la taille souhaitée de la famille, de la demande et de la pratique de la contraception. Elle semble également liée à un réseau de déterminants plus lointains, parmi lesquels la stagnation ou la récession en matière de développement socio-économique, de scolarisation et de mortalité des enfants (Bongaarts, 2006). La situation actuelle ne permet cependant pas de préjuger des évolutions à moyen et long termes, les stagnations observées étant relativement récentes.

## II-Démographie et sous-développement économique et social : pauvretés multiples et progrès réversibles

Les études les plus récentes montrent que la pauvreté sous toutes ses formes est un facteur de surmortalité et de fécondité plus forte. Ceci est particulièrement vrai en Afrique subsaharienne (UNPD, 2006 ; Rutstein et Johnson, 2004). C'est-à-dire que les maux affectant durablement les populations africaines, qu'il s'agisse de pauvreté monétaire[7] ou de pauvreté des conditions d'existence[8], contribuent à restreindre les capacités des Africains à maîtriser efficacement leur procréation et à lutter contre les maladies. Il n'est donc pas entièrement surprenant qu'une région ayant vu son PNB par tête reculer durant les deux décennies précédentes (-1,1 % durant la décennie 1980 et -0,2 % durant la décennie 1990, en rythme annuel) soit aussi peu avancée sur la voie de la transition démographique, même si les années 2000 enregistrent quelques progrès économiques avec une augmentation annuelle de +1,6 % du PIB par tête (World Bank, 2006). Cela d'autant plus que les efforts en matière de programmes de santé et surtout de politiques de planification familiale ont été faibles à l'échelle de l'ensemble de la région.

### *1) Développement, pauvreté et fécondité*

Dans le domaine de la fécondité, les synthèses successives, réalisées notamment depuis 1995, confirment, à un niveau général, la relative extension de la baisse de la fécondité dans les différents pays et les fortes différenciations selon les régions, les milieux d'habitat et les groupes socio-économiques. Elles éclairent également la problématique de la relation pauvreté-demande d'enfants-fécondité, décisive pour comprendre les facteurs d'évolution (cf. chapitres 4 et 5). Au niveau mondial et à l'échelle macro, ce sont les pays les plus avancés en matière de développement économique, éducatif ou sanitaire, les mieux placés sur l'échelle du développement humain et les moins enclavés qui ont connu, des années 1960 aux années 1990, les reculs les plus précoces et rapides de leur fécondité. L'Afrique subsaharienne a plutôt suivi ce modèle classique de transition de la fécondité (Cohen, 1998 ; Tabutin, 1997), mais seuls trois pays (Maurice, la Réunion et l'Afrique du Sud) ont connu des transitions précoces et relativement rapides de leur fécondité. À une échelle régionale plus fine, l'analyse spatiale confirme globalement l'importance, en Afrique subsaharienne comme ailleurs, des facteurs relatifs au développement socio-économique dans les baisses de fécondité. Parmi les diverses variables « explicatives » des différences de fécondité entre les régions, c'est le développement sanitaire qui arrive largement en tête, suivi par le développement économique à égalité avec le développement éducatif, puis par l'urbanisation (Tabutin et Schoumaker, 2001). À l'échelle individuelle, celui des familles et des individus, la plupart sinon toutes les études concluent au rôle primordial du milieu d'habitat et de l'instruction des mères, voire de

[7] Près de la moitié de la population vit avec un revenu inférieur à un dollar par jour (UNPD, 2006).

[8] 38 % des enfants de 12-23 mois ne sont pas immunisés contre la rougeole, 36 % des enfants ne reçoivent pas d'éducation primaire, 54 % des femmes accouchent sans aucune assistance de personnel de santé et 31 % de la population souffre encore de la faim (UNPD, 2006).

leurs conjoints, ainsi que du niveau de vie des ménages sur la fécondité et sur l'utilisation de la contraception (Schoumaker, 2004 ; Vimard *et al.*, 2007). Jusqu'aux années 1990, les diminutions de fécondité observées dans certains groupes et milieux étaient essentiellement induites par l'éducation, l'urbanisation et les progrès du niveau de vie. La pauvreté demeure, à l'inverse, un facteur de forte fécondité, les populations les plus pauvres étant celles qui expriment la plus forte demande d'enfants et qui possèdent le moins les moyens d'accéder à l'information et aux méthodes efficaces de contraception pour réguler leur procréation (Tabutin et Schoumaker, 2004).

En fait, si les populations déshéritées souhaitent avoir et ont de nombreux enfants, c'est pour essayer d'échapper à la pauvreté, pour améliorer au moins leur situation du moment, atténuer leurs vulnérabilités et sécuriser leur avenir. Dans des contextes, nationaux ou locaux, de crise et d'insécurité économique permanente, avoir de nombreux enfants constitue pour les ménages un comportement rationnel et présente plus d'avantages que d'inconvénients dans une stratégie de survie familiale. Pour les groupes sociaux les plus pauvres et les plus démunis en termes de capital humain et social, l'enfant est en effet une source de revenus immédiats, une assurance pour la vieillesse, un élément de diversification des activités et de minimisation des risques financiers et économiques. Il est en outre un signe de prestige ou de réussite sociale et le garant de la pérennité du groupe social. Avoir un enfant est relativement peu coûteux et, tant que la mortalité infantile reste élevée, la demande correspond à un besoin d'assurance et de remplacement (cf. chapitre 5).

On ne peut, bien entendu, préjuger de ce qu'il adviendra dans les décennies à venir. Toutefois, le VIH/Sida, la persistance des conflits et l'urbanisation sans industrialisation, qui caractérisent tout ou partie de la région, pourraient éventuellement contribuer à modifier les schémas antérieurs d'évolution de la fécondité. Dans les villes d'Afrique par exemple, il n'est pas exclu qu'apparaisse peu à peu un « malthusianisme de pauvreté », un processus selon lequel les classes sociales les plus marginalisées se mettent à contrôler leur descendance sous la contrainte des difficultés et du coût de la vie (logement, éducation, santé notamment). Sur ce plan, il est également nécessaire de tenir compte d'une individualisation des comportements économiques, sociaux et familiaux, et d'une remise en cause progressive des croyances traditionnelles qui favorisent une fécondité élevée. Cette individualisation des comportements peut s'accompagner d'un délitement des solidarités familiales, surtout lorsque celles-ci doivent tenter d'amortir des crises économiques et sociales récurrentes. Délitement aujourd'hui perceptible dans les villes africaines, avec le phénomène croissant des enfants des rues. Cependant, il n'est pas certain qu'une transition de la fécondité des pauvres puisse se réaliser en l'absence de méthodes de contraception efficaces, accessibles et acceptables culturellement et socialement, c'est-à-dire tenant compte des relations de genre.

À cet égard, la mise en œuvre des programmes de planification familiale dans les différents pays de la région a été le plus souvent tardive. Ces programmes ont en outre rarement bénéficié du soutien durable des autorités gouvernementales et politiques. Enfin, les efforts en la matière se sont fréquemment révélés très irréguliers, au gré de l'appui ponctuel des ONG, des agences d'aide bilatérales et des bailleurs de fonds. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que la disponibilité des moyens de contraception soit loin d'être en Afrique subsaharienne ce qu'elle est sur les autres continents ; c'est tout particulièrement le cas de l'Afrique francophone, qui souffre toujours d'un déficit flagrant en la matière, alors que son niveau est comparable à celui des autres régions en développement, en matière de politiques, de services ou d'évaluation des activités (Ross et Stover, 2001).

*2) Éducation, santé, croissance démographique et développement*

L'éducation et la santé jouent un rôle déterminant dans les processus de maîtrise de la croissance démographique et de développement. Le capital humain tient une place de plus en plus importante dans la nouvelle économie de l'information et de la connaissance, où la priorité est donnée aux compétences et aux capacités (Sen, 1999). Les systèmes scolaires et sanitaires des sociétés africaines sont fortement différenciés, en matière d'organisation comme de résultats, les crises successives et les fuites de compétences vers le Nord remettant en cause constamment les progrès accomplis. Aussi, même si l'on note une augmentation significative des effectifs alphabétisés et scolarisés, une amélioration de l'état de santé et du niveau de mortalité, les objectifs d'éducation pour tous et de santé pour tous demeurent utopiques pour la majorité des pays d'Afrique subsaharienne (cf. chapitre 3).

La forte croissance démographique de l'Afrique subsaharienne rend difficile une scolarisation généralisée, d'où le nombre élevé de femmes non scolarisées qui se marient précocement, ont beaucoup d'enfants et utilisent peu ou mal les systèmes de soins. Inversement, l'effort important de scolarisation, que certains pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe ont pu réaliser dans un contexte de croissance démographique élevée, a favorisé un recul de l'âge au mariage, une baisse de la fécondité et une amélioration de l'état de santé. Des générations moins nombreuses rendent plus faciles les progrès en matière de scolarisation, puis d'accès à l'emploi, ce qui crée un cercle vertueux.

L'éducation formelle est un moyen efficace pour briser le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, le niveau scolaire des parents étant un facteur de demande scolaire et de réduction des disparités de genre pour les enfants. L'éducation, parce qu'elle diffuse les valeurs motrices de la croissance – innovation, esprit expérimental et scientifique – est également un vecteur de développement. Le secteur de la santé peut également contribuer à fournir une main-d'œuvre de bonne qualité. Un meilleur état de santé et la réussite scolaire contribuent à l'amélioration de la qualité des ressources humaines et constituent des facteurs favorables à l'augmentation de la productivité (Behrman, 1996). Mais les interdépendances entre éducation, santé, démographie et développement dépendent beaucoup de la nature du système productif en vigueur. Dans le cas de l'Afrique subsaharienne, les dynamiques dominantes correspondent à celles d'une économie de rente, et non d'accumulation, où les richesses (terres, forêts, ressources humaines, richesses du sous-sol, etc.) sont mobilisées pour un gain immédiat sans souci de reproduction, d'où la difficulté de parvenir à des mécanismes correspondant à ceux d'un développement durable[9]. Dans un tel système, le rôle de l'enseignement se révèle positif pour la construction d'une identité nationale et citoyenne, et pour l'acquisition des savoirs et des compétences nécessaires dans de nombreux emplois. Mais l'expansion scolaire, une fois la fonction publique pourvue de son lot de diplômés, correspond également, dans les pays pauvres, au chômage intellectuel, à la déqualification vers l'informel sur le marché du travail et à l'exode des compétences vers le Nord (Hugon, 2006).

L'éducation et la santé, qui sont au cœur des inégalités entre pays, caractérisent également les inégalités entre groupes sociaux et entre individus. Les espérances de vie à la naissance, la santé, l'éducation sont en effet très inégalement réparties entre les groupes sociaux, car ceux-ci disposent de pouvoirs inégaux en fonction de leur capital économique, culturel, humain et

[9] Il n'est d'ailleurs pas interdit de penser que l'importation de biens industrialisés et de produits culturels – notamment de manuels d'enseignement conçus ailleurs – en échange de produits bruts conduit l'Afrique subsaharienne à une dépossession de sa conscience culturelle qui nuit à son propre développement (Ki-Zerbo, 2003).

social. L'appartenance sociale, mais aussi familiale, joue un rôle central dans les inégalités d'accès de chacun à l'éducation et aux systèmes de soins. Dans les pays africains, les fortes inégalités entre groupes sociaux quant à la fréquentation de l'école et des services de santé, la conception même et le financement des systèmes de santé, la priorité qui est donnée le plus souvent aux hôpitaux des grandes villes et aux établissements scolaires urbains, conduisent à une affectation prioritaire de la dépense publique et de l'aide extérieure aux plus favorisés. Si l'on ajoute à cela le fait que les recettes de l'État proviennent en partie de la parafiscalité des produits de l'agriculture d'exportation, on comprend que le secteur public de la santé, et dans une moindre mesure de l'éducation, devienne un instrument de redistribution défavorisant les plus pauvres au profit des plus riches et les milieux ruraux au profit des couches urbanisées (Banque mondiale, 1993 ; Brunet-Jailly, 2002). La démocratisation de l'accès des populations aux systèmes de santé et d'éducation, qui assurerait une plus grande équité et une meilleure efficacité de ces systèmes, nécessite donc une réorientation complète de ces services de base.

## III-Les leviers en matière de population et de santé de la reproduction favorisant le développement durable

*1) Les relations démo-économiques et les politiques de population*

La forte croissance démographique observée après 1950 et la question du sous-développement ont nourri nombre d'études et de débats sur les relations entre économie et démographie (cf. chapitre 3). Pas toujours dénués de considérations idéologiques, ils ont néanmoins contribué aux réorientations périodiques des politiques de population (Hodgson, 1983 ; Rougier, 1999). Beaucoup de travaux économétriques ont montré qu'il n'existe pas de relation statistique solide entre la croissance démographique et la croissance économique (Kuznets, 1967 ; Easterlin, 1967 ; Blanchet, 1985 et 1991). Une étude récente de Ndulu (2006) montre cependant que l'écart entre le taux de croissance de l'Afrique et celui des autres pays en développement entre 1960 et 2004 (1,12 % de taux de croissance du PIB par tête en moins) s'explique par des facteurs démographiques (0,86 % de taux de croissance en moins). Mais d'autres facteurs interviennent également, comme les écarts entre taux de scolarisation, le caractère plus ou moins inégalitaire de la distribution des revenus, ainsi que des facteurs liés aux institutions et à l'orientation de l'activité économique (priorité à la recherche de revenus rentiers, sous-régulation des marchés, etc.).

En Afrique subsaharienne, la croissance démographique a joué un rôle dépressif sur l'économie, par l'augmentation des taux de dépendance, jusqu'au début des années 1990[10], ce qui a conduit à une croissance plus faible du revenu par tête que du revenu par actif. Pour la période 1960-2000, cet effet a été estimé à 0,4 % de croissance annuelle par tête en moins, en Afrique subsaharienne, alors que les autres régions en développement ont vu leur taux de dépendance baisser dès les années 1970. Outre cet effet mécanique, on peut également penser que le maintien du taux de dépendance à des niveaux élevés tend à décourager les efforts des pays dans la formation de capital humain (Ndulu et O'Connell, 2006).

Diverses synthèses d'investigations partielles et sectorielles ont mis en évidence, à une échelle microéconomique, l'impact négatif de la croissance démographique sur le développement économique et social dans un certain nombre de domaines (United Nations, 1993 ; Cassen, 1994). On a surtout noté ces effets négatifs dans les domaines du bien-être des enfants et des ménages, de la santé, de la formation du capital humain, de l'emploi et de la création d'opportunités économiques pour les femmes et les jeunes. Même si ces effets sont

[10] Le taux de dépendance exprime le rapport entre le nombre de personnes qui n'exercent pas d'activité et le nombre de personne en activité.

modestes et leurs impacts sur le long terme impossibles à identifier, ils ont cependant fourni, au début des années 1990, une légitimité nouvelle à l'intervention politique dans le domaine démographique.

Cette nouvelle perception des problèmes de population, dans une perspective microéconomique, tient compte des rapports de genre, de la santé et des droits reproductifs individuels. Elle a ainsi débouché en 1994 sur le consensus de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire. Ce consensus est fondé sur une nouvelle conception des programmes de population, associant, d'une part, le libre accès des individus aux moyens leur permettant de gérer leur sexualité et leur fécondité, et, d'autre part, la recherche de l'*empowerment* des femmes dans tous les domaines (Rougier, 1999). La volonté des autorités politiques et sanitaires de faire reconnaître l'existence de liens étroits entre les questions de population et le développement humain s'exprime par deux approches différentes. La première, quantitative, mise sur une stabilisation de la population mondiale. La seconde, qualitative, pose la promotion de l'accès à la santé et à l'éducation comme un préalable au ralentissement de la natalité et à l'amélioration de la santé reproductive et familiale. Le paradigme néo-malthusien, sur lequel étaient fondées jusqu'alors les politiques démographiques, se trouve remplacé par le principe selon lequel « chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ». Mais le *Bill of Rights* anglais de 1869 présentait ces droits fondamentaux comme universels, alors qu'ils ne s'appliquaient pas aux femmes. Pour que celles-ci puissent user librement et sans risque de leurs aptitudes procréatrices, il convenait de renforcer leurs capacités de négociation, individuelles et collectives, et de mettre en œuvre des politiques spécifiques (Nations unies, 1994).

On peut donc bien dire qu'il existe une relation entre démographie, croissance et développement. Mais cette relation n'est pas immédiate, et le lien entre démographie et développement durable, reconnu par le consensus du Caire, n'est pas direct et univoque. Ce lien est en fait pluriel, et sa nature dépend de la capacité, plus ou moins grande, des sociétés et des acteurs sociaux à maîtriser les diverses transformations qui les affectent. Il convient par conséquent de nuancer et de contextualiser les relations mises en avant, car, selon les cas, un handicap peut constituer un obstacle ou devenir un atout. Il existe ainsi des situations « malthusiennes » où la pression démographique crée de fortes tensions et joue un rôle négatif, comme sur les Hautes Terres malgaches, aux Comores, le long du lac Tchad, au Burundi, au Rwanda ou dans les zones menacées par la sécheresse. Mais il existe également des situations « boserupiennes » de pression créatrice, liées à une forte densité, comme le montre l'exemple des adaptations positives aux pressions démographiques observées sur les hauts plateaux bamiléké et ceux du Kenya.

C'est pourquoi nous essayons, dans cet ouvrage, de mettre en évidence la complexité des phénomènes, qui repose sur la diversité des liens entre démographie et économie suivant les sociétés. Nous montrons l'existence en Afrique subsaharienne de quelques cercles vertueux, qu'il s'agit d'impulser et de favoriser. Par exemple lorsque les progrès de la scolarisation améliorent l'instruction et la participation des femmes à l'activité économique, ce qui contribue à terme à une baisse de la mortalité des enfants et à une diminution de la fécondité, et favorise en retour les investissements dans le capital humain. Nous avons également mis en évidence plusieurs cycles vicieux, qu'il est nécessaire de circonvenir et de prévenir. La situation la plus dramatique est bien sûr celle où les conflits civils entraînent une désorganisation des systèmes sociaux et des structures de production, un accroissement de la pauvreté monétaire et une détérioration des conditions d'existence, ce qui conduit à une hausse de la mortalité, installe le pays dans une instabilité sociale grave et achève de déstructurer l'ensemble de ses institutions. La mise en évidence de différents cycles, positifs ou négatifs, vertueux ou vicieux, montre que nous sommes face à un système social global,

dont il importe de mieux comprendre les dynamiques par une approche pluridisciplinaire et systémique des interrelations à l'œuvre. L'action politique doit, en corollaire, prendre en compte l'existence des effets et des contre-effets des politiques sectorielles en les intégrant dans des approches plus globales.

L'histoire récente de l'Afrique subsaharienne montre ainsi que cette région n'a ni pu ni su profiter des premières phases de sa croissance démographique pour effectuer un véritable décollage économique. L'accroissement de la population, dans de nombreux pays de la région, est actuellement trop rapide, au regard des capacités de leur système de production. En effet, ils ne sont pas en mesure de dégager rapidement des moyens suffisants pour l'éducation et la qualification des ressources humaines nécessaires à l'enclenchement d'un véritable processus de développement social et économique. La question du choix des politiques de développement et de population est donc aujourd'hui cruciale.

*2) Le contexte des politiques de population en Afrique subsaharienne : entre le programme d'action du Caire et les Objectifs du Millénaire*

Si les principes du programme d'action de la conférence du Caire de 1994, en faveur d'une « santé sexuelle et reproductive pour tous », ont été acceptés par la majorité des pays africains, leur prise en compte opérationnelle est souvent restée au stade des déclarations. Et, plus de dix ans après la conférence, malgré quelques progrès, inégaux selon les pays, l'accès à la contraception et aux autres services de santé de la reproduction ainsi qu'à de véritables droits reproductifs est loin d'être acquis pour beaucoup de populations africaines (Gautier, 2006). On peut ainsi légitimement s'interroger sur les progrès futurs en la matière, d'autant plus que les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), formulés en 2000, constituent aujourd'hui le nouveau paradigme du développement et de l'aide au développement, supplantant les programmes précédemment adoptés lors de la conférence du Caire et lors de la conférence de Beijing (1994) consacrée aux femmes.

En matière de population, on peut se féliciter de ce que trois des huit Objectifs du Millénaire se réfèrent explicitement à l'amélioration de la santé. Il s'agit des objectifs 4 et 5, qui concernent la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle, et de l'objectif 6, qui concerne la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et d'autres maladies. Si l'on y ajoute les objectifs 1, 2 et 3, qui visent à réduire l'extrême pauvreté et la faim, à assurer l'éducation primaire pour tous et à promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes, et l'objectif 7 qui vise à assurer un environnement durable, on arrive à un ensemble qui constitue une perspective d'amélioration significative des conditions d'existence des populations africaines[11]. Cette perspective se trouve cependant limitée par les orientations habituelles des institutions internationales sous-tendant les définitions retenues, qui consistent à s'attaquer davantage à la pauvreté elle-même et à ses conséquences qu'aux processus d'appauvrissement qui en sont le fondement (Vimard, 2002)[12].

Si l'on peut déplorer le contenu ainsi que la manière très quantitative dont ces 8 OMD sont formulés et déclinés en 18 cibles et 48 indicateurs[13], on peut également considérer qu'ils fournissent un premier calendrier pour l'acquisition des droits économiques et sociaux

[11] Les questions de fécondité et de migrations internationales n'ont pas été incluses dans ce cadre des OMD car elles n'ont pas pu faire l'objet de consensus au sein de la communauté internationale.

[12] Cette orientation se trouve d'ailleurs confirmée par le rapport 2006 de la Banque mondiale sur le thème « Équité et développement » (Banque mondiale, 2005), où l'élargissement des objectifs de développement au-delà de la réduction de la pauvreté demeure en décalage avec la nature traditionnelle des politiques qu'il recommande (Cling *et al.*, 2005).

[13] On pourra consulter à ce sujet : http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.shtml.

reconnus à tout être humain, et pour la mise en œuvre d'une politique globale de redistribution mondiale, telle qu'elle est définie dans l'objectif 8 (« mettre en place un partenariat mondial pour le développement »). La réduction de la pauvreté n'est plus seulement un objectif à atteindre par une redistribution à l'échelle nationale, comme dans les politiques anciennes, mais davantage par une redistribution à l'échelle mondiale. L'esprit implicite des OMD est en effet de subventionner durablement des services publics sociaux au niveau des normes internationales émergentes et de permettre ainsi d'atteindre des conditions de vie minimales, indépendamment de la capacité propre de chaque pays à y parvenir. Mais cet effort de redistribution mondiale, qui fait actuellement défaut et qui pourrait s'apparenter aux politiques sociales des États providence, implique un certain nombre de risques : la quasi-mise sous tutelle des politiques publiques des pays du Sud concernés, la prise en charge par les pays du Nord des services publics du Sud, etc. (Severino et Charnoz, 2005). Cet effort de redistribution mondiale suppose également une réévaluation conséquente de l'aide publique au développement, qui est loin d'être acquise, sept ans après l'adoption des Objectifs du Millénaire par la communauté internationale. Ce qui ne peut être une surprise puisque l'adoption des OMD a été celle d'un catalogue d'objectifs, plus ou moins réalistes, sans que soient définis une stratégie et les moyens pour les atteindre.

À ce sujet, on peut légitimement s'interroger, comme le font Guengant et Rafalimanana (2005), sur une contradiction concernant les pays les plus pauvres, ceux d'Afrique subsaharienne notamment. Alors que les Objectifs du Millénaire ne font pas explicitement une place à la planification familiale, nombre d'entre eux (ceux relatifs à l'éducation, aux capacités et au pouvoir des femmes, à la mortalité maternelle et infantile) seront et sont d'ores et déjà freinés dans leur réalisation par la forte croissance démographique et le nombre de grossesses non désirées. Les OMD pourraient-ils être atteints ou même approchés en Afrique subsaharienne sans que soit réalisée une partie importante du Programme d'action du Caire en matière de maîtrise de la procréation et de baisse de la fécondité ? Inversement, comment le Programme d'action du Caire peut-il être exécuté en Afrique subsaharienne alors que la plus grande part des ressources de l'aide au développement est destinée en priorité à la réalisation des OMD ?

Il existe là une véritable contradiction, qu'il est d'autant plus urgent de résoudre qu'elle conduit la plupart des gouvernements à ne pas appliquer leurs politiques de population faute de moyens. En effet, le soutien international à la mise en œuvre de ces politiques est faible, et même en forte diminution depuis 1995. Ainsi le FNUAP estime qu'en 2005 l'assistance internationale aux activités de planification familiale ne représentait plus que 3 % des financements consacrés aux programmes de population, contre 73 % pour la lutte contre le VIH/Sida (UNFPA, 2005).

*3) Que faire ? Des leviers prioritaires pour engager des cercles vertueux*

La complexité de l'interdépendance qui affecte, comme nous l'avons vu plus haut, l'éducation, la santé, le développement durable et les variables démographiques renvoie au problème plus fondamental de la pauvreté. L'accès à la scolarisation, l'accès à la santé et à la maîtrise de la fécondité doivent devenir des objectifs à part entière, pour augmenter les capacités et les droits de la personne. Il est important, cependant, de tenir compte des relations entre ces variables, car agir sur un seul levier produit des effets limités, voire nuls. Il faut également tenir compte du pas de temps de chacune des actions envisagées. Cela signifie qu'il convient pour l'Afrique subsaharienne de passer d'une logique sectorielle à une logique systémique des programmes de développement et de concilier les cycles courts de décision politique avec des cadres stratégiques de long terme.

Dans le cadre de cet ouvrage nous avons privilégié cinq actions prioritaires qui sont présentées de manière non ordonnée. S'il est important d'agir sur plusieurs leviers en même temps, afin d'engager des cercles vertueux ou de renforcer ceux que quelques pays ont su et pu mettre en œuvre sur le continent, il importe également de ne pas ordonner ces priorités, même si certaines actions peuvent plus facilement servir de levier dans tel ou tel contexte national.

**1. Le développement de l'éducation** est l'une de ces priorités, étant donné sa capacité à favoriser une croissance à long terme, susceptible d'améliorer substantiellement les conditions de vie. L'éducation est un facteur décisif de l'épanouissement des individus et de leur accession à la liberté de choix dans les différents aspects de leur vie. Elle agit sur la capacité des individus à bénéficier des opportunités d'emploi les plus favorables, favorise l'égalité hommes-femmes et l'autonomie des femmes, permet de lutter contre les pauvretés et de mieux assurer la durabilité des ressources environnementales. Au plan démographique, l'éducation joue un rôle capital dans la baisse de la mortalité et de la fécondité ainsi que dans l'amélioration de la santé, notamment de la mère et de l'enfant. Plus particulièrement, l'accroissement des possibilités d'éducation pour les femmes peut être décisif car il favorise leur participation aux activités salariées modernes, ce qui est l'un des moteurs de la baisse de la fécondité dans le monde depuis les années 1960 (Caldwell, 2004) et l'un des facteurs notables de la diminution de la fécondité en Afrique subsaharienne. Il convient de rappeler cependant que la réalisation de l'éducation pour tous au niveau primaire et de l'accès du plus grand nombre au niveau secondaire constitue aujourd'hui un objectif irréalisable, à court terme, pour la majorité des pays d'Afrique subsaharienne. Les efforts en matière d'éducation doivent porter à la fois sur les effectifs à scolariser et sur la qualité et le contenu des enseignements. Ces efforts doivent aussi, nécessairement, être soutenus sur le long terme. Donner au moins un niveau secondaire à une majorité de femmes en âge de procréer et à plus de la moitié de la force de travail représente, pour de nombreux pays, des efforts soutenus pendant au moins une trentaine d'années.

**2. La lutte contre la mortalité des enfants** doit être également une priorité opérationnelle majeure, puisqu'en Afrique subsaharienne, un enfant sur six (17 % des enfants) n'atteint pas son cinquième anniversaire. Étant donné que l'état des techniques médicales actuelles permettrait d'éviter beaucoup de ces décès (OMS, 2005), le niveau élevé de la mortalité des enfants est à la fois un révélateur du sous-développement et un facteur constitutif de trappe à pauvreté dans la mesure où il conforte la forte fécondité. L'amélioration du niveau de vie (meilleures conditions d'alimentation et d'habitat, etc.) doit contribuer à un meilleur état de la santé des mères et de leurs enfants. En complément, les progrès dans l'éducation des mères et des pères doivent permettre une meilleure prise en charge des états morbides. Mais au-delà de ce recul de la pauvreté humaine en général, des progrès dans les programmes de santé sont également nécessaires. Quatre domaines majeurs d'intervention peuvent être retenus à ce sujet : la lutte contre le paludisme, contre les maladies infectieuses, contre les maladies diarrhéiques et contre le Sida, qui concerne aussi les enfants. La lutte contre le paludisme (prévention et traitement) est essentielle, car le paludisme cause un million de décès d'enfants par an en Afrique subsaharienne[14]. L'amélioration des programmes de vaccination et de traitement des maladies diarrhéiques devrait être également au premier plan de l'agenda

[14] À ce sujet, on peut noter ce que disait Jeffrey Sachs, conseiller spécial du secrétaire général de l'ONU pour les Objectifs du Millénaire, dans un entretien paru dans *Le Monde* du 18 janvier 2005 : « [Le paludisme] est une maladie que l'on peut prévenir dans une grande partie des cas et qui peut être traitée dans tous les cas. Nous savons comment réduire le nombre de morts et de malades dans une très courte période. Il faut des médicaments appropriés et des moustiquaires. Je trouve inexcusable que des enfants africains aillent se coucher sans être protégés par une moustiquaire qui coûte seulement 5 $. Une moustiquaire dure 5 ans, ce qui fait 1 $ par an par habitant des pays riches ». Un tel plan anti-paludisme ne coûterait que 2 à 3 milliards de dollars par an.

sanitaire, puisque 25 % des enfants africains ne reçoivent ni vaccin ni traitement lorsqu'ils souffrent de diarrhée (Unicef, 2005b : 22).

La prévention du VIH/Sida chez les enfants, contaminés principalement par transmission mère-enfant (pendant la grossesse ou par l'allaitement), est également importante compte tenu des effets directs et indirects de cette maladie. En effet, le nombre d'enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH/Sida en Afrique subsaharienne était estimé en 2005 à 2 millions et le nombre d'orphelins du Sida à 12 millions (ONUSIDA, 2006). Dans certains pays, le Sida joue ainsi un rôle majeur dans la hausse de la mortalité des enfants, qui concerne non seulement les enfants contaminés, mais aussi les orphelins du Sida, fragilisés par la désagrégation des cellules familiales suite au décès de leurs parents. Dans la lutte contre le Sida, comme dans celle contre le paludisme, les maladies infectieuses et les maladies diarrhéiques, il faut souligner que des résultats positifs peuvent être obtenus dans des délais assez courts, à supposer que les programmes mis en œuvre (horizontaux ou verticaux, publics ou privés) soient bien organisés et disposent de suffisamment de ressources. Il importe également de développer les programmes de traitement des enfants infectés dont l'efficacité a été prouvée (Elenga *et al.*, 2006).

**3. L'accès à la santé** est également une priorité forte. La santé est une partie intégrante du développement, et la privation de la santé est un aspect du sous-développement. Pour l'individu, ne pas bénéficier de l'information, des services et des traitements médicaux constitue un élément de pauvreté. De même, pour un pays, ne pas disposer d'une infrastructure adéquate en matière de santé est un élément du sous-développement. Il est également important de bien voir, comme le fait Sen, les connexions entre, d'une part, la santé et le développement sanitaire et, d'autre part, la qualité de vie des individus, pris en tant que tels, mais aussi en tant qu'agents producteurs dans l'économie et agents du changement social et politique. La question de l'efficience des systèmes de santé doit par conséquent être à l'ordre du jour des politiques de développement (Mach, 2004). Il s'agit de promouvoir des soins de santé (et de santé de la reproduction, voir plus bas) accessibles à tous, notamment aux plus démunis (FNUAP, 2004). En Afrique subsaharienne tout particulièrement, où les inégalités d'accès sont frappantes, ces politiques doivent intégrer une exigence d'équité, nécessaire à la croissance et au développement à long terme, et garantir à chacun un accès aux services de santé[15].

Face à cette exigence d'équité, la question du financement devient stratégique. Si les ressources allouées à la santé ont enregistré une croissance dans les pays les plus riches de la région, les pays plus pauvres connaissent une stagnation, voire un recul. À cette inégalité entre les pays s'ajoute une inégalité entre les familles, puisque la majorité des États africains ont renoncé à la gratuité des soins, pour pallier leurs insuffisances budgétaires. De fait, depuis l'initiative de Bamako au milieu des années 1980, les États ont choisi de recourir à un recouvrement des coûts par un paiement à l'acte qui pénalise les familles les plus pauvres[16]. Celles-ci sont ainsi souvent conduites à faire des choix, non pertinents d'un point de vue thérapeutique, entre les soins et les médicaments qui leur sont prescrits ou entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Il conviendrait par conséquent d'articuler divers mécanismes de financement de l'accès aux services de santé (participation des usagers, sécurité sociale, mutuelle, subventionnement, etc.), suivant les différents statuts économiques

[15] Cette notion d'équité a d'ailleurs été avancée comme l'un des facteurs susceptibles d'accélérer la transition démographique (Repetto, 1978).

[16] On a estimé que 40 % des dépenses totales de santé en Afrique sont supportées par les particuliers, alors que les dépenses de l'État comptent pour environ 37 %. Quant à la plus grande partie des financements des bailleurs de fonds, elle sert à alimenter les budgets d'équipement ou de développement plutôt qu'à aider au financement des dépenses d'exploitation courantes telles que salaires, médicaments et entretien (Banque mondiale, 1997).

et les différents niveaux de revenus des patients et suivant la nature des soins dispensés (Audibert *et al.*, 2003). Comme dans la lutte contre la mortalité des enfants, une amélioration de l'état de santé des populations, et donc une augmentation de l'espérance de vie à la naissance (notamment dans les pays où elle est faible, c'est-à-dire inférieure à 50 ans), peut être obtenue assez rapidement, du moins en ce qui concerne tout ce qui relève des soins de santé primaires. Mais cela suppose une couverture sanitaire adéquate du territoire national, une bonne articulation entre les divers niveaux de soins (centres de santé de base, structures intermédiaires et hôpitaux nationaux de référence), un personnel suffisant, motivé et non corrompu, bref un fonctionnement satisfaisant du système public de santé. On est loin de cette situation dans nombre de pays. En effet, d'après des enquêtes anthropologiques réalisées récemment dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, les systèmes de santé publics paraissent très dégradés (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

**4. L'accès pour tous aux services de santé de la reproduction** constitue une autre priorité, souvent négligée du fait de l'urgence des autres problèmes qui submergent les services de santé en général. L'accès pour tous aux services de santé de la reproduction se heurte en effet à plusieurs difficultés. La première de ces difficultés tient à la définition très large qu'en a retenue la conférence du Caire. Celle-ci inclut en effet la santé maternelle et infantile, la planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles, la séropositivité et le Sida, la stérilité, les soins post-avortement, les cancers de l'appareil génital, la violence conjugale et les droits à la fertilité et à la sexualité. Malgré l'importance de chacune de ces composantes, il est le plus souvent impossible de trouver les moyens nécessaires pour les prendre toutes en charge de manière satisfaisante : des choix s'avèrent donc nécessaires. La deuxième difficulté tient à la recommandation d'intégrer les services en santé de la reproduction dans le système public de santé, pour des raisons de cohérence et aussi d'économie d'échelle. En fait, nombre de pays moins développés admettent qu'ils ne sont pas prêts pour cette intégration, du fait de goulots d'étranglements institutionnels et opérationnels. D'où la prise en charge par des programmes verticaux de certaines composantes : la lutte contre le Sida, la lutte contre le paludisme, la vaccination contre certaines maladies, etc. En fait, l'approche globale recommandée en santé de la reproduction a fait passer au second plan la planification familiale. Il importe donc de revenir à l'engagement pris au Caire en 1994 : « Tous les pays devraient prendre des mesures pour satisfaire le plus tôt possible les besoins de leur population dans le domaine de la planification familiale et, d'ici à 2015, s'efforcer dans tous les cas de mettre à la disposition de chacun une gamme complète de méthodes fiables de planification familiale et de services connexes de santé en matière de reproduction qui ne soient pas contraires à la loi. » Cette promesse semble avoir été oubliée, malgré l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Afrique subsaharienne. Pourtant, le fait de ne pas pouvoir maîtriser sa procréation par des moyens sûrs constitue, pour un individu, un déni de ses droits humains les plus élémentaires.

S'il importe donc de prêter une attention nécessaire à l'information, à l'accès aux services et au suivi en matière de planification familiale, il convient de noter que pour nombre de pays la satisfaction des besoins de la population en la matière reste un objectif lointain. En effet, d'après les chiffres, les taux de prévalence de la contraception se situaient, au début des années 2000, entre 10 et 40 % dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. En se fixant comme objectif d'augmenter d'au moins un point de pourcentage par an la prévalence de la contraception, il faudra entre 30 et 60 ans pour arriver à des prévalences de l'ordre de 70 % correspondant à la satisfaction des besoins, et entre 15 et 30 ans avec un objectif d'augmentation de la prévalence de la contraception de deux points par an, performance que peu de pays dans le monde ont réalisée (Guengant et Rafalimanana, 2005). Le corollaire de cette situation est que le ralentissement de la croissance démographique, qui passe par la

maîtrise de la fécondité et une augmentation régulière de la pratique de la contraception, prendra du temps. Il est d'autant plus important de revenir rapidement à l'engagement pris au Caire en 1994 que la réalisation de la plupart des Objectifs du Millénaire (notamment ceux relatifs à l'éducation, à l'égalité et au pouvoir des femmes, à la réduction de la mortalité maternelle et infantile) est empêchée, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, par la forte croissance démographique, les grossesses à risque (celles qui sont trop nombreuses, trop rapprochées, trop précoces ou trop tardives) et les grossesses non désirées.

**5. L'amélioration de l'accès des jeunes générations à la santé de la reproduction** doit être un volet d'action spécifique, dans le cadre d'une politique allant bien au-delà des seuls services de santé. Les comportements des jeunes générations dans les années futures seront décisifs pour modeler la dynamique démographique de la région. Or ces jeunes amorcent leur vie sexuelle et reproductive dans une situation non seulement de précarité sociale et économique, liée au coût croissant de la scolarisation et au sous-emploi qui frappe les nouveaux entrants sur le marché du travail, mais aussi de vulnérabilité au plan sanitaire, avec la diffusion du VIH/Sida (cf. chapitre 6). On assiste en outre à une mutation du contexte social de la sexualité et de la procréation avec une certaine déshérence des contrôles jusqu'alors exercés par les institutions familiales sur la base de normes traditionnelles. En parallèle on observe l'émergence de nouveaux acteurs (école, médias, ONG, pairs) qui véhiculent de nouveaux modèles de comportements, tout particulièrement chez les adolescents et les jeunes. Ces évolutions favorisent, de la part des jeunes générations, des conduites moins normatives qui se traduisent notamment par un recul de l'âge au premier mariage. Ce recul concourt, avec l'affaiblissement du contrôle familial, à un accroissement de la sexualité prémaritale et des comportements à risque entraînant une croissance des IST, à l'augmentation parallèle de la fécondité prémaritale et des avortements. Les jeunes non mariés ont en effet un accès souvent difficile aux services de santé de la reproduction, ce qui explique leur faible utilisation de la contraception, notamment des méthodes modernes[17], et leur recours fréquent aux interruptions volontaires de grossesse. Comme celles-ci sont pratiquées le plus souvent dans des contextes non médicalisés, les risques de morbidité voire de mortalité sont élevés. Pour lutter contre cet enchaînement de précarité, il est essentiel de développer des programmes de santé sexuelle et reproductive en direction des jeunes générations et, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, de leur permettre d'accéder aux services de santé de la reproduction sans contrainte, même s'ils sont célibataires. Les actions correspondantes, si elles sont bien organisées et menées avec conviction, sont susceptibles d'avoir des effets relativement rapides, en particulier sur la prévention des grossesses précoces et des comportements à risque.

L'ensemble de ces actions prioritaires, présentées ici rapidement, doit permettre d'impulser de nouvelles dynamiques positives par l'intrication de cercles vertueux associant progrès de l'éducation, amélioration de l'état de santé et de la maîtrise de la fécondité, baisse de la mortalité et de la fécondité, progrès dans l'insertion des jeunes sur le marché du travail, hausse de la productivité des agents économiques, etc. Outre les priorités privilégiées ici, il faut citer certaines actions qui sortent du cadre de cette étude mais qui n'en demeurent pas moins essentielles dans le succès des cercles vertueux énoncés ci-dessus. Il s'agit de la lutte contre la corruption (si néfaste à un fonctionnement équitable du système de santé, cf. Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), de l'amélioration de la souveraineté des États sur leur territoire, de la fin des conflits civils, du retour des réfugiés dans leur pays…

[17] Si l'utilisation du préservatif s'est récemment accrue, avec les campagnes de promotion réalisées dans le cadre des programmes de prévention du VIH/Sida, son emploi est souvent incorrect ou irrégulier.

## IV-Des recherches prioritaires pour améliorer les connaissances

Malgré les progrès récents en matière d'enquête, à travers notamment le programme des enquêtes démographique et de santé (EDS), les informations démographiques et économiques de base sont encore insuffisantes et quasi inexistantes pour les pays touchés par les guerres ou les conflits (Angola, Congo, République démocratique du Congo, Somalie, etc.). Lorsqu'elles existent, les données disponibles ne permettent guère d'approfondir les relations entre les changements démographiques et les changements économiques. De même, les statistiques sociales et sanitaires sont le plus souvent pauvres et peu exploitées. En outre, l'accès à des sources comme les recensements, dont l'apport en matière d'informations sur la population est important, est souvent difficile, sinon impossible. Ces lacunes en matière de données pénalisent la recherche. Il importe d'y remédier si l'on souhaite, arriver à une meilleure compréhension des différentes interrelations à l'œuvre et de leurs dynamiques dans le temps, ce qui aiderait à la détermination des politiques.

Les insuffisances des analyses disponibles, mises en évidence dans cet ouvrage, comme les priorités d'actions opérationnelles que nous venons de préciser, permettent de dégager quelques priorités de recherche pour les années à venir.

**1. Appréhender les relations démo-économiques et l'effet de la pauvreté**. En matière d'analyse des relations population-développement, la recherche souffre cruellement, tout particulièrement en Afrique, d'un manque d'intégration des données démographiques et des données économiques. Il en découle une grande méconnaissance des effets réciproques entre la croissance démographique (élevée ou en ralentissement) et la croissance économique. Les dynamiques démographiques et les politiques de population sont peu prises en compte dans les travaux économiques. Lorsqu'elles le sont, c'est le plus souvent de manière exogène ou marginale. *A contrario*, les travaux démographiques négligent souvent les dynamiques économiques et ne prennent en compte que quelques variables individuelles (activité économique, statut dans l'activité, conditions matérielles de vie, etc.). Compte tenu de ces lacunes, la recherche doit mettre davantage l'accent sur ces relations démo-économiques : effet de la pauvreté sur les comportements démographiques, liaisons entre les structures de population et les dynamiques économiques, etc. Les lacunes de la recherche sont patentes dans le domaine des relations entre pauvreté et comportements reproductifs, domaine directement lié à l'objet de cet ouvrage. Trop de recherches se cantonnent encore à l'étude différentielle de la fécondité en fonction du niveau de vie. C'est une approche descriptive, utile mais insuffisante, qui doit être élargie à l'ensemble des variables intermédiaires, et notamment aux comportements de régulation de la fécondité, très variables selon les niveaux de pauvreté. Il en est de même concernant la compréhension des interactions entre pauvreté et mortalité qui sont encore peu documentées, notamment pour la mortalité des adultes. La pauvreté engendre des situations de sous-nutrition et l'adoption de logiques de subsistance de court terme, souvent peu propices à un bon état de santé. En retour, la maladie et la mortalité sont des facteurs d'appauvrissement et de vulnérabilité : diminution de la productivité au travail et de l'investissement scolaire, déstabilisation des foyers familiaux, frein à la mobilité sociale… Sur tous ces points, les démographes doivent diversifier leurs bases de données (en utilisant par exemple davantage les enquêtes de niveaux de vie ou de budget-consommation) et mieux intégrer les données démographiques et économiques dans leurs analyses.

**2. Comprendre les déterminants des changements démographiques actuels**. Au plan démographique, les déterminants des inversions ou des stabilisations, phénomènes majeurs de la période récente en Afrique subsaharienne, demeurent encore mal connus. Ces retournements de tendances, ces interruptions du progrès doivent faire l'objet de recherches approfondies et d'un suivi permettant d'apprécier la véritable nature, conjoncturelle ou

structurelle, de ces phénomènes. Il s'agit en particulier de mieux comprendre les remontées de la mortalité, et, par conséquent, de poser la question de la réversibilité des progrès sanitaires, ainsi que celle de la stabilisation de la fécondité et de la faible utilisation de la contraception. Dans la mesure où les facteurs *a priori* responsables sont de diverses natures, il importe de mener des recherches pluridisciplinaires qui intègrent aux analyses démographiques des approches économiques et sociologiques. Ces recherches pourraient porter en particulier sur les effets des crises et de la pauvreté, sur les conséquences du Sida et des maladies émergentes ou résurgentes, sur les séquelles de la réorientation financière des programmes de santé (réorientation du financement de la planification familiale vers le VIH/Sida notamment) et sur les répercussions des crises et des conflits civils qui ont déchiré plusieurs pays du continent.

**3. Interpréter les faibles progrès de la contraception**. Au cœur d'une transition démographique en panne, on trouve essentiellement le maintien de la mortalité à des niveaux élevés et le faible décollage de la contraception, sujets qui méritent une attention particulière. Concernant les très faibles progrès de la prévalence contraceptive, notamment dans les pays francophones, plusieurs questions méritent d'être approfondies. Il s'agit principalement : premièrement, de comprendre quelle rationalité sous-tend le maintien de la fécondité désirée à un niveau élevé, afin d'expliquer la persistance de hauts niveaux de fécondité et la faiblesse de l'utilisation de la contraception dans différentes populations ; deuxièmement, d'analyser les causes de la faiblesse de l'offre et de la mauvaise qualité des services offerts aux populations ; troisièmement, d'expliquer la préférence de nombreuses personnes pour des pratiques de régulation autres que les méthodes modernes de contraception. Sur ce plan, l'adoption par les populations africaines de modes de régulation de la fécondité relativement inédits et atypiques comparés à ceux qui accompagnent les transitions classiques de la fécondité, avec une association croissante de comportements diversifiés de régulation, mérite d'être questionnée.

**4. Analyser les facteurs de la forte mortalité**. La permanence d'une mortalité élevée, la réversibilité des progrès sanitaires et les fortes inégalités sociales et géographiques en la matière justifient de développer les études sur la mortalité. Celles-ci restent en effet le parent pauvre de la recherche démographique depuis les années 1980, malgré des améliorations récentes de la collecte des données dans les enquêtes démographiques et de santé. Compte tenu des zones d'ombre actuelles, il semble nécessaire de mettre l'accent sur quelques points particuliers. Tout d'abord, accorder plus d'attention à la mortalité adulte. Celle-ci reste en effet mal connue, alors que, la mortalité des enfants ayant aujourd'hui diminué, elle peut représenter une part importante de la mortalité totale, et ce d'autant plus qu'elle a connu dans certains pays une augmentation, qui n'est pas toujours imputable au Sida. Il est également important de développer des recherches sur les causes de mortalité, dont la connaissance est fragmentaire, afin de mieux orienter les programmes de santé et de recherche médicale. La mortalité associée au Sida doit bien entendu représenter un axe important de recherche, car nous disposons d'une vue encore incomplète de son impact et de ses tendances. Le Sida constitue bien l'un des événements contemporains les plus importants survenus dans le champ de la démographie et de la santé. Il est devenu la principale cause de mortalité adulte dans certains pays d'Afrique subsaharienne, ce qui a complètement modifié la structure des causes de décès. Le Sida et la crainte du Sida ont aussi modifié la biologie et les comportements de la reproduction humaine, selon des modalités qui restent largement inconnues. Les tendances de la pandémie auront dans les années à venir un effet décisif sur l'évolution de l'espérance de vie et des structures des populations. Au-delà, la recherche explicative relative à la mortalité en est encore à ses débuts. Il manque un cadre théorique pertinent qui permettrait d'identifier les mécanismes de précarisation et de donner un sens à leurs effets sur la santé des personnes. Enfin, davantage d'études devraient porter sur l'inégale exposition aux facteurs de risques, sur

l'inégal recours aux systèmes de soins, ainsi que sur les différences de parcours au sein de ces systèmes.

**5. Améliorer les connaissances sur l'efficacité de certains leviers opérationnels**. La complexité des relations entre l'éducation, la santé et les variables démographiques doit conduire à privilégier des axes de recherche permettant de mieux comprendre les processus par lesquels les progrès de la scolarisation et de la santé sont des vecteurs importants de la transition démographique. Il s'agit tout d'abord de prendre en compte la nature des environnements institutionnels. C'est dans ce cadre que doit être considérée la situation des États fragiles ou affaiblis, où se développe la grande pauvreté. Il paraît en effet utile de dégager les spécificités des relations entre variables démographiques, santé et éducation dans des contextes où les institutions et les pouvoirs sont faibles, où les conflits et l'insécurité sont récurrents et sur lesquels il existe aujourd'hui peu de données et d'analyses. Il est donc urgent de repérer les seuils qui définissent des trappes à pauvreté et ceux qui permettent de faire jouer différents leviers complémentaires. Il faut également considérer le rôle que joue, sur les comportements démographiques, l'appartenance à une religion, notamment aux Églises évangélistes et à l'islam, de plus en plus prégnants dans de nombreux pays. Il paraît enfin essentiel de développer la recherche opérationnelle afin de mieux comprendre les effets des différents programmes de santé et de scolarisation. Il convient en particulier d'évaluer les programmes de santé dont l'objectif est de réduire les inégalités de morbidité et de mortalité, d'évaluer les programmes de planification familiale, de comparer les impacts respectifs des programmes intégrés et des programmes verticaux, et enfin d'évaluer les résultats des programmes destinés à réduire les différentiels de solarisation entre garçons et filles.

## Conclusion

Un groupe d'experts rassemblés par le National Intelligence Council des États-Unis, qui menait en 2004 une prospective sur l'avenir de l'Afrique subsaharienne à l'horizon 2020-2030, décida de ne pas tenir compte des phénomènes démographiques, qu'il trouvait beaucoup trop remplis d'incertitudes dans cette région du monde (NIC, 2004), comme si les sphères de l'économique ou du politique connaissaient moins de contingences et d'aléas. Nous pensons au contraire qu'il est essentiel d'intégrer les questions de population dans la réflexion scientifique et l'action politique.

La pauvreté et l'inégalité sont au cœur de l'Afrique subsaharienne, dont 44 % de la population vit en état d'extrême pauvreté. Ce qui est vrai dans le domaine de la sphère économique ou environnementale (l'accès à l'emploi, aux ressources naturelles, aux moyens de production, à la technologie et au savoir…) l'est aussi en matière démographique. Pour les Africains, les moyens de maîtriser leur fécondité et de lutter contre les maladies, plus prégnantes et mortelles que dans le reste du monde, sont faibles et très inégalement répartis entre les pays et, à l'intérieur de ceux-ci, entre les catégories sociales. L'espérance de vie dans la région n'est que de 49 ans, contre 50 ans dans les années 1980. Près d'un enfant sur dix meurt avant son premier anniversaire, et un sur six meurt avant son cinquième anniversaire. Le nombre de décès maternels, 870 pour 100 000 naissances vivantes, est de loin le plus élevé du monde. Et ce ne sont là que quelques indicateurs parmi d'autres, mis en évidence dans ce volume, qui attestent d'une situation inquiétante à l'échelle régionale, avec des situations plus favorables pour quelques pays, et des conditions plus dramatiques pour beaucoup d'autres.

Dans cette synthèse, nous dressons les grandes lignes caractérisant la situation actuelle en matière de relations entre éducation, santé, santé de la reproduction, démographie et développement. Nous proposons quelques priorités opérationnelles dans le domaine de la population et avançons des priorités de recherche afin de mieux éclairer l'action politique. En

conclusion, il convient de souligner les grandes caractéristiques de l'évolution démo-économique de l'Afrique subsaharienne, afin de mieux situer les enjeux politiques :

- l'entrée tardive, par rapport aux autres régions en développement, dans le mouvement de transition démographique (mortalité en baisse ralentie ou en reprise, fécondité élevée en diminution variable) ;
- le faible développement économique et social, dans le cadre d'une économie de type rentier, dominée par le secteur primaire de production à faible valeur ajoutée (agriculture, pêches côtières, exploitations forestière et minière), qui se traduit par une pauvreté monétaire répandue et souvent extrême, et par des conditions d'existence dégradées ;
- la diversification des régimes démographiques, des systèmes politiques et des économies. La croissance démographique est plus ou moins rapide, le régime politique plus ou moins démocratique, l'économie plus ou moins dynamique, selon le pays et selon le moment. Au sud du Sahara, il n'y a pas une seule Afrique mais des Afriques, résultat d'une mosaïque de pays distincts et souvent différents à l'intérieur de sous-régions moins homogènes qu'on ne le croit, même si l'effet de voisinage joue son rôle ;
- l'accroissement des inégalités sociales et spatiales à l'intérieur des pays, tant dans le domaine de la démographie (nuptialité, fécondité, mortalité) que de l'économie (accès à l'éducation et à l'emploi, habitat, etc.). Ces inégalités fondent de véritables différences entre scolarisés et illettrés, urbains et ruraux, constitutives d'une forte hiérarchie économique et sociale ;
- la réversibilité de certains progrès, dramatique en matière de mortalité et de santé adulte ou infanto-juvénile, avec le Sida, les conflits et la pauvreté. L'Afrique australe, qui était hier la région de loin la plus développée, en avance sur tous les plans et sur la voie de la transition démographique, se retrouve aujourd'hui avec l'espérance de vie à la naissance la plus faible, du fait de l'ampleur de l'épidémie du VIH/Sida. Cette réversibilité est également présente dans l'économie, au gré de l'évolution des cours mondiaux des matières premières, du pétrole et des cultures de rente, mais aussi de l'instabilité politique et de la désorganisation économique. Le Zimbabwe est l'exemple sans doute extrême de cette inversion. Hier, l'un des leaders dans le domaine des progrès sanitaires et du contrôle de la croissance démographique, le Zimbabwe est aujourd'hui miné par le VIH/Sida avec une espérance de vie en chute dramatique. Ce pays, hier doté d'une économie et d'une agriculture florissantes et exportatrices, est aujourd'hui au bord de la faillite, du fait d'une réforme agraire désordonnée, et connaît une inflation vertigineuse, une déstructuration de ses services publics et un appauvrissement massif de sa population.

Pour certains pays, la réversibilité récente de quelques progrès notables est ainsi attestée. À l'inverse, l'amélioration ou le rétablissement de certaines économies se dessine sous l'effet notamment du renchérissement récent des produits pétroliers et miniers. De même qu'émerge peu à peu une réduction de la croissance démographique dans certains pays et certaines catégories de la population. Tout ceci dessine pour l'Afrique subsaharienne un présent contrasté et un avenir incertain. Car s'il n'existe pas de fatalité, bien au contraire, comme on peut le voir avec les succès importants obtenus dans la lutte contre l'onchocercose, et la forte réduction de la dracunculose et de la lèpre, il n'y a pas non plus de situation acquise, comme on le constate, par exemple, avec les politiques de vaccination qui ne peuvent être interrompues et nécessitent des efforts constants.

Dans le domaine plus proprement démographique, le modèle de transition habituellement rencontré dans les autres régions en développement est en panne. L'état de santé s'améliore peu, le niveau technologique est faible et le degré de dépendance envers les travailleurs adultes est élevé. L'adoption et la mise en œuvre de politiques orientées sur les actions prioritaires que nous avons suggérées en matière d'éducation, de lutte contre la mortalité, d'accès équitable aux services de santé et de santé de la reproduction, y compris pour les jeunes, devraient permettre d'impulser de nouveaux changements porteurs de progrès et d'amélioration des conditions de vie. Les actions dans le domaine de la population doivent participer d'une orientation politique de développement élargie, sans laquelle elles auraient peu d'effet sur la dynamique d'ensemble. Cette orientation politique large doit être entièrement au service du décollage économique, à travers notamment la recherche de gains de productivité dans l'agriculture, la bonne gouvernance des revenus des hydrocarbures et des mines, la résolution des conflits internes et des conflits entre pays, et la stabilisation politique grâce au renforcement d'États démocratiques, débarrassés de toute inclination patrimoniale et clanique.

## Références bibliographiques


AUDIBERT M., MATHONNAT J. et DE ROODENBEKE É. (2003), « Évolutions et nouvelles orientations pour le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu », *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, vol. 13, n° 4, p. 209-14.

BANQUE MONDIALE (1993), *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé,* Washington.

BANQUE MONDIALE (1997), « Vers des soins de santé durables en Afrique Subsaharienne : le partage des coûts », *Findings. Région Afrique*, n° 63, mai.

BANQUE MONDIALE (2005), *Rapport sur le développement dans le monde 2006. Équité et développement*, New York, Oxford University Press.

BEHRMAN J. (1996), « The Impact of Health and Nutrition on Education », *The World Bank Research Observer*, vol. 11, n° 1, p. 23-38.

BLANCHET D. (1985), « Croissances économique et démographique dans les pays en développement : indépendance ou interdépendance ? », *Population*, vol. 40, n° 1, p. 29-46.

BLANCHET D. (1991), *Modélisation démo-économique. Conséquences économiques des évolutions démographiques*, Paris, INED-PUF.

BONGAARTS J. (2006), « The Causes of Stalling Fertility Transitions », *Studies in Family Planning*, vol. 37, n° 1, p. 1-16.

BRUNET-JAILLY J. (2002), « La santé », in Tapinos G.P., Hugon P. et Vimard P. (dir.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXIe siècle*, Paris, Karthala, coll. « Hommes et Sociétés », p. 325-367.

CALDWELL J.C. (2004), « Demographic Theory: A Long View », *Population and Development Review*, vol. 30, n° 2, p. 297-316.

CASSEN R. (dir.) (1994), *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*, New Brunswick-New Jersey-Oxford, Transaction Publishers.

CEA (Commission économique pour l'Afrique) (2005), *Rapport économique sur l'Afrique 2005. Relever le défi posé par le chômage et la pauvreté en Afrique*, Nations unies-CEA, http://www.uneca.org/fr/era2005/

CHESNAIS J.-C. (1986), *La Transition démographique*, Paris, INED-PUF, Cahier n° 113.

CLAPHAM C. (2006), « The Political Economy of African Population Change », in Demeny P. et McNicoll G. (eds.), *The Political Economy of Global Population Change 1950-2050*, Population and Development Review Supplements, p. 96-114.

CLING J.-P., COGNEAU D., LOUP J. *et al.* (2005), *Le Développement, une question de chances ? À propos du Rapport sur le Développement dans le monde 2006 « Équité et développement »*, Paris, DIAL, Document de travail n° 15.

COGHLAN B., BRENNAN R.J., NGOY P. *et al.* (2006), « Mortality in the Democratic Republic of Congo: A Nationwide Survey », *The Lancet,* vol. 367, Issue 9504, p. 44-51.

COHEN B. (1998), « The Emerging Fertility Transition in Sub-Saharan Africa », *World Development*, vol. 26, n° 8, p. 1431-1461.

DEMENY P. et MCNICOLL G. (2006), « The Political Demography of the World System, 2000-2050 », in Demeny P. et McNicoll G. (eds.), *The Political Economy of Global Population Change, 1950-2050*, Population and Development Review Supplements, p. 254-287.

EASTERLIN R. (1967), « Effects of Population Growth on the Economic Development of Developing Countries », *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, n° 369, p. 98-108.

ELENGA N., FASSINOU P., DOSSOU R. *et al.* (2006), « La tache aveugle de l'infection par le VIH en Afrique : la prise en charge de l'infection pédiatrique. L'expérience d'un programme pilote, "le Programme Enfant Yopougon" », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 333-360.

FASSASSI R. et VIMARD P. (2002), « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », in Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B. et Koffi N. (dir.), *Santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, ENSEA-FNUAP-IRD, p. 189-213.

FNUAP (2004), *L'État de la population mondiale 2004. Le Consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, New York.

GAUTIER A. (2006), « L'information sur les méthodes contraceptives dix ans après le programme d'action du Caire », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 41-74.

GUILLAUME A. (2000), *L'Avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique*, CEPED, coll. « La chronique du Ceped » n° 37, avril-juin.

GUILLAUME A. (2003), « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, vol. 58, n° 6, p. 741-772.

GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. (2005), « The Cairo Approach: Making Reproductive Health and Family Planning Programmes more Acceptable or Embracing too much ? », Communication au XXV$^{e}$ Congrès général de la population de l'UIESP, Tours, 18 au 23 juillet.

HERBST J. (2000), *States and Power in Africa: Comparative Lessons in Authority and Control*, Princeton, Princeton University Press.

HILL A. (1996), « La mortalité des jeunes enfants : ses tendances », in Foote K.A., Hill K.H. et Martin L.G. (dir.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Paris, INED-PUF, coll. « Travaux et Documents », Cahier n° 135, p. 155-215.

HODGSON D. (1983), « Demography as a Social Science and Policy Science », *Population and Development Review*, vol. 15, n° 1, p. 1-34.

HUGON P. (2006), *L'Économie de l'Afrique*, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».

ILIFFE J. (1995), *Africa: The History of a Continent*, Cambridge, Cambridge University Press.

JAFFRÉ Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.) (2003), *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala, coll. « Hommes et Sociétés ».

KI-ZERBO J. (2003), *À quand l'Afrique ?,* Entretien avec René Holenstein, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.

KUZNETS S. (1967), « Population and Economic Growth », *Proceeding of the American Philosophy Society*, vol. 111, n° 3.

MACH A. (2004), « Amartya Sen, développement et santé », *À notre santé*, La lettre de l'OMS, OMS, http://www.who.int/infwha52/to_our_health/developpement_et_sante.html.

MATHERS C.D. et LONCAR D. (2006), « Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 », *PLoS Med*, vol. 3, n° 11, p. 442.

MESLE F. et VALLIN J. (1997), « La mortalité dans le monde : tendances et perspectives », in Chasteland J.-C. et Chesnais J.-C. (dir.), *La Population du monde. Enjeux et problèmes*, Paris, INED-PUF, p. 461-479.

MOSER K., SHKOLNIKOV V. et LEON D.A. (2005), « World Mortality 1950-2000: Divergence Replaces Convergence from the Late 1980s », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, n° 3, p. 202-209.

NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL (2004), *Africa in 2020*, National Intelligence Council 2020 Project, Summary of Discussion by Select Panel of US Experts, Discussion paper, January 9.

NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL (2005), *Mapping Sub-Saharan Africa's Future*, Conference summary, mars, http://www.dni.gov/nic/confreports_africa_future.html.

NATIONS UNIES (1994), *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire 5-13 septembre, New York, Nations unies.

NATIONS UNIES (2003), *World Population Prospects. The 2002 Revision*, New York, Nations unies.

NDULU B.J. (2006), « Ramping up African Growth: Lessons from Five Decades of Growth Experience », *Economic Affairs*, vol. 26, n° 4, p. 5-11.

NDULU B.J. et O'CONNELL S. (2006), *Policy Plus: African Economic Growth 1960-2000*, AERC Mini-Plenary Session on the Growth Project (mai 2005, révisé juillet 2006).

OMS (Organisation mondiale de la santé) (2005), *Rapport sur la santé 2005-Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, Genève, OMS.

ONUSIDA (2006), *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006. Édition spéciale 10e anniversaire de l'ONUSIDA*, Genève, ONUSIDA.
http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_fr.asp, 14 mai 2007.

REPETTO R. (1978), « The Interaction of Fertility in the Size Distribution of Income », *The Journal of Development Studies*, vol. 14, p. 22-39.

ROSS J. et STOVER J. (2001), « The Family Planning Program Effort Index: 1999 Cycle », *International Family Planning Perspectives*, vol. 27, n° 3, September, p. 119-129.

ROUGIER E. (1999), *Les Conséquences économiques de la croissance démographique : 35 ans de débat entre orthodoxie et relativisme*, Bordeaux, Centre d'économie du développement, Document de travail n° 33.

RUTSTEIN S.O. et JOHNSON K. (2004), *The DHS Wealth Index*, Calverton, Maryland, ORC Macro, DHS Comparative Reports n° 6.

SCHOUMAKER B. (2004), « Pauvreté et fécondité en Afrique subsaharienne : perspectives théoriques et analyses empiriques », *African Population Studies*, Supplement A to vol. 19, p. 13-45.

SEN A. (1999), *Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté*, Paris, Odile Jacob.

SEVERINO J.-M. et CHARNOZ O. (2005), « Les “mutations impromptues”. État des lieux de l’aide publique au développement », *Afrique contemporaine*, n° 213, p. 13-131.

TABUTIN D. (1997), « Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificité, changements... et incertitudes », in UIESP (dir.), *Actes du Congrès international de la population, Beijing*, vol. 1, p. 219-246.

TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2001), « Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique subsaharienne », Communication au XXIV[e] Congrès général de la population, Salvador-Brazil août 2001, UIESP.

TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2004), « La démographie de l’Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.

TIMÆUS I. (1996), « La mortalité adulte », in Foote K.A., Hill K.H. et Martin L.G. (dir.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Paris, INED-PUF, coll. « Travaux et Documents », Cahier n° 135, p. 217-254.

UNFPA (2005), *Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2003, Estimate for 2004/05*, http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/527_filename_financing_icpd_programme.pdf.

UNICEF (2005a), *Indicateurs du Millénaire : mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (estimations de l’UNICEF)*, mis à jour le 24 février 2005.

UNICEF (2005b), *La Situation des enfants dans le monde 2006. Exclus et invisibles*, New York, Unicef.

UNITED NATIONS (1993), *Population Growth and Economic Development*, Report of the consultative meeting of economists convenen by the United Nations Population Fund, 28-29 September 1992, New York, UNFPA.

UNITED NATIONS (2005), *World Population Prospects. The 2004 Revision*, New York, United Nations.

UNITED NATIONS (2006a), *Millenium Development Goals Report 2006*, New York, United Nations.

UNITED NATIONS (2006b), *World Mortality Report 2005*, New York, Population Division of United Nations, ST/ESA/SR/A/252.

UNITED NATIONS (2007a), *World Population Prospects. The 2006 Revision, Population Database*, United Nations, Population Division, http://esa.un.org/unpp/, 3 mai 2007.

UNITED NATIONS (2007b), *World Population Prospects. The 2006 Revision. Highlihts*, New York, United Nations, Population Division.

UNPD (2006), *Human Development Report 2006. Beyond scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis*, NewYork.

VIMARD P. (2002), « Pauvretés, crises et population », in Charbit Y. (dir.), *Population et développement*, Paris, La Documentation française, coll. des « Notes et études documentaires », p. 43-73.

VIMARD P. et FASSASSI R. (2005), *L’Évolution de la contraception en Afrique*, Communication à la Conférence virtuelle du GRIPPS « La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI[e] siècle », 12 au 15 octobre.

VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E. (2007), « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 173-214.

WORLD BANK (2006), *Africa Development Indicators 2006*, Washington D.C., Oxford University Press.

Tableau annexe 1. Croissance économique et croissance démographique selon les pays en Afrique subsaharienne

| Niveau de croissance démographique : taux annuel moyen de croissance de la population 2000-2005 | Niveau de croissance économique : taux annuel moyen de croissance du PNB, 1996-2005 (%) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Croissance faible ou absente (de -2,4 % à 2,8 %) | Croissance lente (de 3,1 % à 4,0 %) | Croissance soutenue (de 4,5 % à 8,4 %) | Croissance liée à l'exportation de produits pétroliers (de 1,7 % à 20,9 %) |
| 3 % et plus | Érythrée (2,2 ; 4,3)<br>Sierra Leone (1,1 ; 4,1)<br>Burundi (1,2 ; 3,0)<br>Guinée-Bissau (0,6 ; 3,0) | Niger (3,5 ; 3,4) | Ouganda (6,1 ; 3,4)<br>Bénin (4,8 ; 3,2)<br>Burkina Faso (4,6 ; 3,2)<br>Mali (5,7 ; 3,0)<br>Mauritanie (4,9 ; 3,0) | Tchad (7,8 ; 3,4)<br>Congo (3,5 ; 3,0) |
| Entre 2 % et 2,9 % | Congo R.D. (0,0 ; 2,8)<br>Comores (2,0 ; 2,6)<br>Kenya (2,8 ; 2,2) | Madagascar (3,3 ; 2,8)<br>Togo (3,3 ; 2,7)<br>Malawi (3,2 ; 2,3)<br>Sao Tomé et Principe (3,1 ; 2,3)<br>Guinée (3,6 ; 2,2) | Gambie (4,5 ; 2,8)<br>Éthiopie (5,5 ; 2,4)<br>Rwanda (7,5 ; 2,4)<br>Cap-Vert (6,5 ; 2,4)<br>Sénégal (4,6 ; 2,4)<br>Ghana (4,7 ; 2,1)<br>Mozambique (8,4 ; 2,0)<br>Tanzanie (5,4 ; 2,0) | Angola (7,9 ; 2,8)<br>Guinée équatoriale (20,9 ; 2,3)<br>Nigeria (4,0 ; 2,2) |
| Entre 1 % et 1,9 % | Côte d'Ivoire (1,5 ; 1,6)<br>Liberia (-8,7* ; 1,4)<br>Centrafrique (0,9 ; 1,3) | Zambie (3,6 ; 1,7)<br>Namibie (4,0 ; 1,4)<br>Afrique du Sud (3,1 ; 0,8) | Cameroun (4,5 ; 1,9)<br>Maurice (4,9 ; 1,0) | Soudan (6,4 ; 1,9)<br>Gabon (1,7 ; 1,7) |
| Moins de 1 % | Seychelles (2,0 ; 0,9)<br>Zimbabwe (-2,4 ; 0,6)<br>Swaziland (2,8 ; 0,2)<br>Lesotho (2,7 ; 0,1) | | Botswana (5,7 ; 0,1) | |

Source : World Bank, 2006 ; United Nations, 2005.

* En 2000-2004 ; données pour la période 1996-2000 indisponibles.

Note : Le premier nombre entre parenthèses correspond au taux de croissance économique, le second au taux de croissance démographique durant les périodes respectives d'observation.