

PRB

Une publication du Population Reference Bureau

Population et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne

Résumé—L'Afrique subsaharienne constitue à bien des égards une situation extrême. Elle est en effet caractérisée par certains des taux nationaux de fécondité et de mortalité et d'accélération de la croissance des zones urbaines parmi les plus élevés au monde, et des taux d'analphabétisation et de prévalence de l'infection au VIH/SIDA les plus forts qui soient. Elle est pourtant dotée de ressources naturelles extrêmement riches, et dispose d'un capital humain potentiel considérable. Le présent numéro du Bulletin sur la Population examine la situation démographique de l'Afrique en mettant l'accent sur la transition de la région à une plus faible fécondité et sur les effets dévastateurs de l'épidémie du VIH/SIDA.

Mais même avec l'épidémie du SIDA et la forte prévalence d'autres maladies, le taux de natalité fort élevé de la région garantira une croissance démographique rapide pour bien des années du siècle à venir. La population de l'Afrique subsaharienne pourrait bien doubler entre 1997 et 2020, passant de quelque 614 millions à plus d'1,1 milliard de personnes.

Rédacteur : Mary Mederios Kent
Chargé de production : Brian Wright

Traduction française : André Lux
Rédacteur français : Pascale Ledeur

Le *Population Bulletin* est publié quatre fois par an et distribué aux membres du Population Reference Bureau. Pour toute information ou demande d'inscription au Population Reference Bureau, ou pour l'obtention de documents du Population Reference Bureau, voir la page de garde.

La version française de ce *Bulletin* a été financé par le projet Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, Bureau Afrique, Bureau de Développement Durable.

Pour toute citation d'extraits de la présente publication, la référence suggérée est la suivante : Thomas J. Goliber, « Population et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne, » *Population Bulletin* Vol. 52 N° 4 (Washington DC : Population Reference Bureau, décembre 1997). Pour toute reproduction d'extraits du *Population Bulletin*, veuillez contacter le Population Reference Bureau à l'adresse suivante pour obtenir les autorisations nécessaires : Population Reference Bureau, Permissions
1875 Connecticut Avenue, NW Suite 520
Washington DC 20009-5728

© 1997 Population Reference Bureau
ISSN 0032-468X

Population et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne

Afrique subsaharienne	3
Changement démographique	9
Transition de la fécondité	16
L'épidémie de VIH/SIDA	32
Autres problèmes de santé de la reproduction	39
Conclusions	44
Références	45

Tableaux

1. Population et taux démographiques en Afrique subsaharienne, 1997	7
2. Urbanisation par région en Afrique subsaharienne, 1950-2025	13
3. Estimation des populations de réfugiés en Afrique subsaharienne au 31 décembre 1996	14
4. Inscriptions dans les écoles secondaires selon les régions et quelques pays d'Afrique subsaharienne, années 90	21
5. Prévalence contraceptive en Afrique subsaharienne, années 90	23
6. Taux de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, années 90	42

Figures

1. Régions et pays d'Afrique subsaharienne	3
2. Pyramides des âges par sexe, Afrique subsaharienne et Etats-Unis, milieu des années 90	10
3. Projections de la population d'Afrique subsaharienne, 1995-2050	16
4. Projection des populations du Nigeria, l'Ethiopie et de l'Afrique du Sud, 1995-2050	16
5. Recul de la fécondité dans certaines régions du monde, du début des années 60 au milieu des années 90	17
6. Augmentation de la pratique contraceptive dans certaines régions du monde du début des années 60 au milieu des années 90	19
7. Tendances des taux de fécondité : Kenya et Zimbabwe	26
8. Tendances des taux de prévalence contraceptive : Kenya et Zimbabwe	27
9. Prévalence du VIH en Afrique subsaharienne, 1997	33
10. Principaux modes de transmission du VIH en Afrique subsaharienne et interventions susceptibles de réduire les infections par le VIH	39

Encadrés

1. Politiques démographiques en Afrique subsaharienne	4
2. Données démographiques et de santé de la reproduction en Afrique subsaharienne	8
3. Rapatriement des réfugiés	18
4. Transition de la fécondité en Afrique du Sud	24
5. Systèmes de surveillance par sentinelle	31

Population Bulletin

Vol. 52, N° 4, Edition anglaise, décembre 1997

Edition française, octobre 1998

Thomas J. Goliber, titulaire d'un doctorat de 3e cycle en Histoire de Kent State University, est associé principal chez The Futures Group International de Washington, Etats-Unis. Depuis vingt ans, il travaille en étroite collaboration avec des dirigeants politiques nationaux et des experts techniques partout en Afrique sur les problèmes de population et de santé de la reproduction.

Population et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne

par Thomas J. Goliber

M. Goliber remercie ses collègues de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, du The Futures Group International, du Research Triangle Institute et du Centre for Population and Development Activities pour leur assistance dans la préparation de ce Population Bulletin. Sa gratitude va également à Barbara Crane, Kenneth Hill, John May, Dominique Meekers et Karen Stanecki pour leurs commentaires constructifs, ainsi qu'au personnel du Population Reference Bureau pour son aide précieuse. Il tient à remercier par dessus tout ses collègues africains qui consacrent leur vie professionnelle au développement de leur continent et à la santé de ses habitants.

Un des grands drames du monde moderne se joue dans la course entamée en Afrique subsaharienne entre la croissance de sa population et son développement économique. Des taux élevés de croissance démographique et des

économies à taux de croissance faible ou stagnant dans la majeure partie de la région y compromettent les efforts de modernisation et de développement ; ce drame pose un défi plus lourd et passionnant que jamais.

On s'attend à ce que le rythme de croissance démographique en Afrique subsaharienne ralentisse sous l'effet soit d'une baisse des taux de natalité, soit — plus tragiquement — d'une hausse des taux de mortalité. La fécondité a baissé dans un petit nombre de pays africains, mais un nombre croissant de pays sont confrontés à une épidémie de VIH/SIDA qui menace les gains d'espérance de vie durement acquis.

Ceci n'empêchera probablement pas l'Afrique subsaharienne, qui compte beaucoup de pays parmi les plus pauvres du globe, de plus que doubler sa population d'ici l'an 2050. Ses nations s'efforcent de procurer éducation, logements, emplois et soins de santé à leurs populations en pleine expansion, tout en essayant d'être compétitifs dans l'économie mondiale, de gérer les conflits de politique intérieure et internationale et d'endiguer les épidémies.

La plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont adopté des politiques qui reconnaissent le rôle important que jouent les tendances démographiques dans leur quête de modernité, mais la mise en œuvre de ces politiques varie au gré de la diversité des cultures régionales. A la suite de la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est déroulée au Caire en 1994, beaucoup de pays cherchent maintenant à structurer leurs politiques de population dans le cadre plus large de la santé de la reproduction (voir encadré 1, p. 4).

Le présent *Population Bulletin* passe en revue la situation démographique des 42 pays de l'Afrique subsaharienne et de l'île de Madagascar. Il met l'accent sur deux facteurs exerçant un impact décisif sur l'évolution future de la taille et de la structure de la population de cette région, à savoir

Politiques démographiques en Afrique subsaharienne

L'année 1984 marque un tournant dans la position officielle des Etats africains en matière de population. Leurs gouvernements se sont réunis à Arusha en Tanzanie pour préparer la Conférence internationale sur la population et le développement (qui s'est déroulée à Mexico plus tard la même année sous les auspices des Nations Unies). Le Programme d'action Kilimanjaro mis sur pied à Arusha a fait date dans le développement des politiques. C'est en effet la première fois que dans un contexte international, des gouvernements africains reconnaissent l'importance vitale des facteurs démographiques pour le développement économique et social, la nécessité pour leurs pays de s'évertuer à réduire leurs taux de fécondité et de croissance démographique et dès lors de mettre des services de planning familial à la disposition de toutes les personnes qui souhaitent les utiliser.

Cette approche tranchait nettement sur celle adoptée par de nombreux gouvernements africains à la Conférence mondiale des Nations Unies sur la population de 1974, lorsqu'ils affirmaient avec optimisme que la croissance rapide de leurs populations ne posait pas de problème puisque la densité démographique de la région était faible et les ressources abondantes. Seuls le Kenya et le Ghana disposaient de politiques de population avant 1984.

La conférence d'Arusha a forcé les gouvernements africains à se prononcer officiellement sur la question de la population, mais elle a aussi révélé un changement d'attitude, déterminé par de nombreux facteurs. Une série de recensements et d'enquêtes, dont les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) ainsi que d'autres enquêtes antérieures ont en effet

révélé que l'Afrique subsaharienne affichait des taux de fécondité et de croissance démographique parmi les plus élevés au monde. Combinés à l'essoufflement des efforts de développement économique et social et à des taux de mortalité maternelle et infantile élevés, ces taux de croissance démographique spectaculaires ont servi de catalyseurs permettant de repenser le rôle des facteurs de population dans le développement africain.

Le Programme d'action Kilimanjaro a donné corps à ces changements d'attitude et encouragé l'élaboration de nouvelles politiques de population. Le Nigeria, la Tanzanie, le Congo (ex-Zaïre), la Zambie, le Soudan, le Libéria et d'autres pays ont mis sur pied des politiques destinées à freiner les taux de fécondité et de croissance démographique et à améliorer la santé des mères et de leurs enfants.

Les gouvernements africains se sont à nouveau réunis en 1992 à Ngor (Sénégal) en préparation de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (CIPD) de 1994. Les délégués ont publié la « Déclaration de Dakar/Ngor sur la population, la famille et le développement durable », qui mettait l'accent sur une stratégie de survie pour les familles. Cette déclaration prône des politiques d'ensemble destinées à résoudre les problèmes de population et de santé de la reproduction, de détérioration de l'environnement, de la croissance économique et de la pauvreté. Elle exhorte les pays à fixer des objectifs nationaux de réduction de la croissance démographique et d'augmentation de la prévalence contraceptive. L'objectif ainsi assigné à l'Afrique subsaharienne d'ici 2010 porte sur une réduction du taux d'accroissement naturel de la population de 3,0 à 2,0 % et sur le relèvement du taux de

prévalence contraceptive de 10 à 40 %.¹

Les efforts de promotion des politiques de population ont reçu un encouragement supplémentaire à la conférence CIPD du Caire, lorsque 180 nations ont reconnu la nécessité de stabiliser la population mondiale. La CIPD a replacé les politiques et les programmes de population dans un contexte plus large que ne l'avaient fait les précédentes conférences des Nations Unies. C'est ainsi que son Programme d'action reconnaît qu'un développement durable doit reposer sur l'ensemble des variables stratégiques que sont l'amélioration du statut de la femme, la réduction de la pauvreté, la protection de l'environnement et la croissance économique. La CIPD fixe des objectifs spécifiques de diminution de la mortalité maternelle et infantile et réclame un accès généralisé au planning familial et à d'autres services de santé de la reproduction.²

Cependant, dans l'ampleur même du Programme d'action CIPD réside peut-être sa plus grande faiblesse. En effet, parmi les 243 interventions qu'il offre, les pays doivent choisir celles qu'ils peuvent effectivement réaliser. C'est ainsi que le Ghana, la Zambie, le Zimbabwe et d'autres pays, influencés en cela par la CIPD, ont davantage mis l'accent sur la santé de la reproduction et sur l'égalité entre les sexes. Malheureusement, les donateurs internationaux n'ont versé jusqu'à présent qu'une faible partie des fonds promis pour la réalisation des objectifs de la CIPD, risquant ainsi de retarder la mise en œuvre de ces politiques.

Les politiques de population entraîneront-elles une baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne? Ces politiques ont-elles peu de chances de provoquer des changements des comportements individuels sur une grande échelle. Les chercheurs ont de la difficulté à en isoler l'effet de celui

d'autres facteurs sociaux, politiques et économiques qui influencent les comportements de reproduction.³ Ajoutons que puisque beaucoup de politiques formulées dans les années 80 n'ont jamais été menées entièrement à terme, il s'avère impossible d'en jauger l'impact sur la fécondité ou la santé.

Néanmoins, le processus de formulation des politiques procure souvent de nombreux avantages dont profitent les pays pour offrir à leurs citoyens de meilleures conditions de santé de la reproduction. Il aide en effet à définir les problèmes de population et de santé de la reproduction, et à concevoir un canevas pour les résoudre ; il crée ainsi des organismes de soutien au sein des groupes dominants, fournit l'occasion de discuter des politiques, mobilise des ressources permettant de renforcer l'efficacité des programmes et crée enfin un climat favorable à la mise en œuvre de lois et de règlements de soutien ainsi que de politiques opérationnelles. La mise en place de telles politiques en Afrique du Sud a permis de renforcer les programmes de planning familial, qui sont à l'origine de la transition de la fécondité la plus significative en Afrique subsaharienne.

Références

1. Nations Unies, Commission économique pour l'Afrique, *Déclaration de Dakar Ngor sur la population, la famille et le développement durable*. Troisième conférence africaine sur la population, Dakar, Sénégal, 7-12 décembre 1992, pp. 5-8.
2. Lori S. Ashford, « New Perspectives on Population: Lessons from Cairo », *Population Bulletin* 50, n° 2 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1995) pp. 2, 33.
3. Thérèse Loco et Yara Makdessi, *Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne* (Paris: Centre français sur la population et le développement, 1996) p. 32.

*Près d'un
Africain
sur cinq est
Nigerian.*

compose de 42 pays dans sa partie continentale et de l'île de Madagascar, ancrée à 160 kilomètres de sa côte orientale (voir figure 1). En font également partie six îles ou groupes d'îles (Cap Vert, Comores, Maurice, Réunion, Seychelles et Sao Tomé et Príncipe) dont la population globale n'atteint pas les deux millions et que n'inclut pas le présent *Population Bulletin*. Définie de la sorte, la population d'Afrique subsaharienne se chiffrait à environ 614 millions vers le milieu de l'année 1997, soit 10 % de la population du globe.¹

Le taux de croissance de la population de cette région était de l'ordre de 2,7 % au milieu des années 90. A ce rythme, la population devrait doubler en 25 ans. Ce taux de croissance surpasse ceux des autres grandes régions du monde à cause de l'écart considérable séparant taux de natalité et taux de mortalité. Les taux de mortalité ont baissé substantiellement ces dernières décennies en Afrique subsaharienne tout en restant élevés par rapport au reste du monde. Dans le même temps, les taux de natalité sont restés élevés, entraînant une explosion démographique du fait de l'augmentation du nombre de survivants donnant naissance à leurs propres enfants.

La population d'Afrique subsaharienne se répartit en plus de 800 groupes ethniques et plus de 1 000 langues ou dialectes. Il est fréquent que les frontières nationales ne correspondent pas à la répartition géographique des entités tribales. Elles reflètent plutôt la division coloniale de l'Afrique effectuée à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, alors que certains pays européens établissaient des colonies africaines qui, à l'exception de l'Éthiopie et du Libéria, imposaient une domination étrangère à l'ensemble de la région subsaharienne. La plupart des pays de cette région sont indépendants depuis moins de 40 ans. La diversité linguistique combinée aux frontières nationales héritées des puissances coloniales explique pourquoi l'anglais, le français et le portugais —

langues des colonisateurs — sont devenues les langues officielles des administrations publiques et des systèmes scolaires de la plupart de ces pays.

La diversité ethnique de l'Afrique et son héritage colonial ont favorisé la division de ce continent en un nombre de pays relativement petits. Des 43 pays d'Afrique subsaharienne (incluant Madagascar mais excluant les petites îles), seuls quatre comptaient plus de 30 millions d'habitants en 1997 (voir tableau 1).

Le Nigeria est le géant démographique de la région. Les estimations de sa population varient pour 1997 entre 107 et 118 millions, mais même avec 107 millions, le Nigeria est deux fois plus peuplé que l'Éthiopie, classée deuxième.² Près d'un Africain subsaharien sur cinq est Nigerian.

En 1997, on estime la population de l'Éthiopie à 58,7 millions, celle du Congo (ex-Zaïre) à 47,4 millions et celle de l'Afrique du Sud, la puissance économique de cette région, à 42,5 millions. Ensemble, ces quatre pays comptent 43 % de la population subsaharienne. Quatre autres pays — le Kenya, le Soudan, la Tanzanie et l'Ouganda — ont chacun des populations de 20 à 30 millions d'habitants. A l'autre extrême de la gamme, seize pays ont chacun moins de cinq millions d'habitants.

La diversité est également le lot des économies nationales. Environ 13 % de la population de la région vit dans des pays d'une extrême pauvreté et dont les ressources naturelles offrent peu d'espoir de développement. Le Tchad, le Mali et le Niger — qui font partie de la sous-région sahélienne — se retrouvent dans cette catégorie. Cependant, la plupart des Africains vivent dans des pays abondamment pourvus en minerais, diamants et autres ressources naturelles sur lesquelles bâtir leur développement économique et social,³ surtout si leurs populations et leurs économies ont des taux de croissance similaires. La quasi totalité de ces pays sont cependant pauvres en ressources humaines adéquates, en professionnels instruits

Tableau 1

Population et taux démographiques en Afrique subsaharienne, 1997

Région/pays	Population (millions)	Taux de natalité (p. 1000)	Taux de mortalité (p. 1000)	Taux de croissance naturel (%)	Taux de mortalité infantile (p. 1000 naiss.)	Indice synthétique de fécondité (ISF)
Afrique subsaharienne	613,8	43	16	2,7	89	6,0
Afrique orientale	257,1	44	17	2,7	98	6,1
Burundi	6,1	46	20	2,6	120	6,8
Djibouti	0,6	39	16	2,3	115	5,8
Erythrée	3,6	45	16	2,9	120	6,1
Ethiopie	58,7	46	18	2,8	120	6,6
Kenya	28,8	38	12	2,6	62	5,4
Madagascar	14,1	44	11	3,3	93	6,1
Malawi	9,6	51	22	2,8	134	6,7
Mozambique	18,4	45	19	2,7	118	6,5
Ouganda	20,6	51	22	2,9	81	6,9
Rwanda	7,7	39	20	1,9	85	6,2
Somalie	10,2	50	19	3,2	122	7,0
Soudan	27,9	35	14	2,1	70	5,0
Tanzanie	29,5	45	15	3,0	91	6,3
Zambie	9,4	45	24	2,1	109	6,1
Zimbabwe	11,4	40	14	2,7	53	4,4
Afrique centrale	87,6	46	15	3,1	97	6,5
Angola	11,6	51	19	3,2	124	7,2
Cameroun	13,9	41	13	2,8	65	5,9
Congo (ex-Zaire)	47,4	48	15	3,4	95	6,7
Gabon	1,2	35	15	2,0	94	5,0
Guinée Equatoriale	0,4	44	18	2,6	117	5,9
Rép. Centrafricaine	3,3	42	17	2,5	97	5,1
Rép. du Congo	2,6	40	17	2,3	103	5,3
Tchad	7,0	44	19	2,5	123	5,9
Afrique australe	48,7	28	12	1,7	56	3,4
Afrique du Sud	42,5	27	12	1,5	53	3,2
Botswana	1,5	37	11	2,6	41	4,6
Lésotho	2,0	37	11	2,6	81	5,2
Namibie	1,7	38	12	2,6	64	5,4
Swaziland	1,0	43	11	3,2	88	4,9
Afrique occidentale	220,4	43	15	2,8	90	6,1
Bénin	5,9	49	15	3,4	98	6,8
Burkina Faso	10,9	48	18	3,0	103	6,9
Côte-d'Ivoire	15,0	39	13	2,6	89	5,7
Gambie	1,2	45	20	2,5	90	5,9
Ghana	18,1	40	12	2,9	66	5,5
Guinée	7,5	43	19	2,4	136	5,7
Guinée-Bissau	1,1	42	22	2,1	141	5,8
Libéria	2,3	43	12	3,1	113	6,4
Mali	9,9	50	20	3,0	134	6,7
Mauritanie	2,4	40	14	2,5	101	5,4
Niger	9,8	53	19	3,4	124	7,4
Nigeria	118,4	42	14	2,8	77	6,0
Sénégal	8,8	43	16	2,7	68	6,0
Sierra Leone	4,4	49	30	1,9	195	6,5
Togo	4,7	46	11	3,5	91	6,9

Note : Le total exclut les pays insulaires : le Cap Vert, les Comores, Maurice, la Réunion, les Seychelles, et Sao Tomé et Príncipe. L'ISF est le nombre total moyen d'enfants qu'aurait une femme aux taux de natalité du moment ; le taux de mortalité infantile est le nombre de décès infantiles pour mille naissances.

Source : Carl Haub et Diana Cornelius, Population Reference Bureau, 1997 *Population mondiale : Demographic and Health Survey Reports* pour le Tanzania (1996), le Zimbabwe (1994), le Sénégal (1997) ; et Nations Unies, *World Population Prospects: the 1996 Revision* (pour le Nigeria).

Encadré 2

Données démographiques et de santé de la reproduction en Afrique subsaharienne

Les estimations démographiques et de santé de la reproduction pour l'Afrique subsaharienne reposent souvent sur des données fragmentaires. Dans aucun pays les naissances et les décès ne sont enregistrés de façon exhaustive, tandis que la qualité des recensements, qui servent aux estimations des populations, est très inégale.

Inscrivons au crédit de ces données le fait que chaque pays dispose maintenant d'au moins un recensement. S'y ajoute une quantité de données fiables fournies par des enquêtes démographiques nationales de grande envergure partout en Afrique.

Ces enquêtes sont devenues la source la plus importante d'informations relatives à la population et à la santé.

Les deux initiatives internationales les plus importantes sont l'Enquête mondiale de fécondité (EMF) et les projets d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS).

L'EMF a mené ses enquêteurs dans dix pays d'Afrique subsaharienne entre le milieu des années 70 et le début des années 80.¹ Depuis le milieu des années 80, les EDS, que finançait en bonne partie l'Agence américaine pour le développement international (USAID) avec l'apport additionnel des gouvernements des pays récipiendaires et d'autres donateurs, ont mené environ 50 enquêtes dans la région.² Le présent *Population Bulletin* s'inspire largement de ces EDS.

Références

1. Barney Cohen, « Niveaux, différences et tendances de la fécondité », Karen A. Foote, Kenneth H. Hill et Linda G. Martin, *Demographic Change in Sub-Saharan Africa* (Washington, DC: National Academy Press, 1993) pp. 10-11.
2. Des informations relatives aux EDS sont disponibles sur Internet à l'adresse suivante: http://www.macront.com/dhs/DHSNewsletter9_n°1 (Calverton, MD: Macro International Inc., 1997).

et travailleurs qualifiés capables d'entretenir leur développement. Des performances économiques médiocres, des pratiques douteuses du monde des affaires et de la fonction publique et l'instabilité politique sont en partie responsables du bilan qui classe l'Afrique subsaharienne parmi les régions les plus pauvres du globe. La richesse des ressources naturelles jette cependant une lueur d'espoir pour un avenir meilleur.

Les conditions de vie en Afrique subsaharienne varient de manière considérable des centres urbains sophistiqués d'Afrique du Sud aux sociétés tribales nomades du Désert. Cependant, les contextes socio-économiques dans lesquels vivent la

plupart des Africains trouvent leurs racines dans les campagnes et sont définis par les traditions ancestrales et les croyances religieuses, qui s'imposent également à la sphère familiale. Les femmes se marient jeunes et ont des familles nombreuses. Dans beaucoup de régions, les hommes pratiquent la polygynie (plusieurs épouses à la fois), même là où cette pratique est officiellement découragée.

Malgré l'urbanisation qui s'accélère dans de nombreux pays, les trois-quarts des gens continuent de vivre en zones rurales où beaucoup d'entre eux survivent grâce à l'agriculture de subsistance. L'agriculture reste l'épine dorsale de l'économie du sous-



Les campagnes de vaccination et les programmes de santé publique ont contribué à faire baisser les taux de mortalité chez les enfants d'Afrique subsaharienne, mais les taux y sont supérieurs à ceux des autres régions du monde.

continent. Dans les villes, le secteur économique formel s'est révélé incapable d'absorber le flot toujours croissant de demandeurs d'emploi. Beaucoup de citoyens comptent donc sur les activités du secteur informel telles que le petit commerce de rue pour en tirer un revenu.

L'analphabétisme, bien qu'en recul, reste répandu chez les adultes. La qualité de l'éducation offerte aux enfants est souvent médiocre faute d'un financement adéquat des écoles et par suite des taux élevés d'abandon scolaire. Les taux de mortalité sont plus élevés ici qu'à peu près partout ailleurs au monde et ils sont en hausse à cause de l'épidémie de VIH/SIDA. La malnutrition est endémique, surtout chez les enfants de moins de cinq ans.

Cependant, les circonstances politiques, économiques et sociales de l'Afrique subsaharienne ne sont pas figées, et les gouvernements sont ouverts aux expériences nouvelles. Ce dynamisme brisera-t-il l'état de la

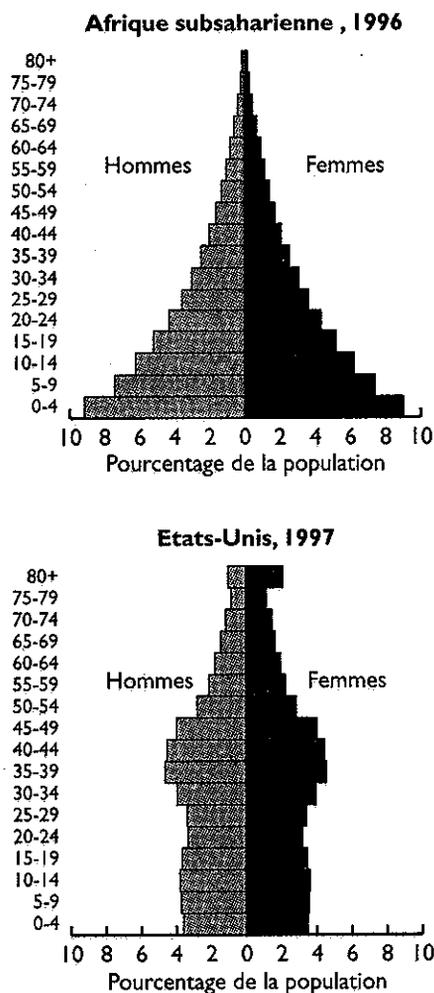
pauvreté et du sous-développement? Cette question reste un chapitre crucial de l'histoire d'une Afrique en plein devenir.

Changement démographique

L'accroissement naturel (naissances moins décès) de la population subsaharienne s'est accéléré après 1960, au moment où la plupart des pays ont accédé à l'indépendance. Le taux d'accroissement naturel de la région a en effet bondi de près de 2,3 % dans les années 50 à 2,6 dans les années 60 pour culminer bien au-dessus de 2,8 % au début des années 90 avant de retomber autour de 2,7 % au milieu des années 90.⁴

Des taux de croissance maintenus aussi élevés pendant si longtemps n'ont pas de précédent dans l'histoire. Les années 90 connaissent une légère baisse du taux d'accroissement naturel, alors que les taux de natalité reculent dans certains pays et que les

Figure 2
**Pyramides d'âge par sexe en
 Afrique subsaharienne et aux
 Etats-Unis au milieu des années
 90**



Source : (pour l'Afrique subsaharienne) ONU, *World Population Prospects: The 1996 Revision* ; et (pour les Etats-Unis) U.S.Bureau of the Census. Accès hyperlink <http://www.census.gov/population>

taux de mortalité se sont soit stabilisés, soit accrus sous l'effet de l'épidémie de VIH/SIDA. Le taux d'accroissement naturel estimé en Afrique subsaharienne atteint 2,7 % en 1997, par comparaison avec 1,8 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, et 1,9 % en Asie, Chine non comprise.

Ceci contraste avec l'Europe dont le taux est tombé en dessous de zéro (-0,1 % en 1997) parce que les décès y dépassent les naissances.⁵

Recul de la mortalité et haute fécondité

Le début de l'expansion démographique de l'Afrique subsaharienne date des lendemains de la Deuxième guerre mondiale, lorsque le traitement des maladies infectieuses telles que le paludisme et la fièvre jaune, les vaccins contre la variole et d'autres améliorations apportées aux soins de santé ont fait reculer la mortalité de façon spectaculaire. Dans les années 50, l'espérance de vie à la naissance atteignait environ 36 ans, en s'échelonnant de 30 ans en Angola, en Gambie et au Sierra Leone jusqu'à 45 ans en Afrique du Sud. Dans certains pays, sur mille nouveaux-nés plus de 200 mouraient avant leur premier anniversaire. Vers la fin des années 60, l'espérance de vie avait grimpé au-delà de 41 ans et la mortalité infantile était tombée à moins de 140.

En dépit de progrès fort lents depuis les années 60, l'espérance de vie reste encore inférieure en Afrique subsaharienne par rapport aux niveaux atteints dans d'autres régions du monde. Elle y était de 51 ans en 1997 contre 69 en Amérique latine et dans les Caraïbes et 63 en Asie (sans la Chine).⁶

Plus de la moitié des décès annuels en Afrique subsaharienne sont causés par des maladies infectieuses et parasitaires, qui ne sont par contre responsables que de 5 % des décès dans les pays développés et d'environ 20 % en Amérique latine. Etant donné que la plupart des décès causés par ces maladies infectieuses et parasitaires peuvent être évités grâce à des mesures de santé publique, des vaccins et des soins de santé adéquats, ce lourd tribut payé à la mort témoigne de la profondeur et de l'étendue de la pauvreté de l'Afrique subsaharienne et du faible niveau de son développement économique. Moins de la moitié de sa population a

accès à l'eau potable ; l'eau polluée est responsable de la transmission de maladies telles que le choléra, la dysenterie, l'hépatite A et E et la schistosomiase. Le paludisme sévit de façon endémique, et l'on estime qu'il emporte chaque année près d'un million d'enfants. Les maladies infantiles courantes, comme la rougeole et la coqueluche, fauchent aussi des milliers de vie chaque année en Afrique subsaharienne.⁷

La plupart des pays africains se sont engagés à promouvoir les soins de santé et collaborent aux campagnes de santé publique de concert avec des organisations internationales tels que l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF. L'immunisation universelle des enfants contre la rougeole, la coqueluche, la tuberculose et trois autres importantes maladies infantiles est au cœur des principaux efforts déployés dans la région en matière de santé par la communauté internationale. Il pourrait en résulter une baisse des taux de mortalité malgré le faible niveau du développement économique. Hélas, l'épidémie du VIH/SIDA risque de renverser les gains d'espérance de vie dans certains pays africains au cours des prochaines décennies.

Alors que l'Afrique subsaharienne a entamé sa transition vers une mortalité réduite, sa fécondité reste obstinément élevée, déclenchant par là même une croissance rapide de la population. L'indice synthétique de fécondité (ISF), qui est le nombre total d'enfants qu'aura une femme aux taux de fécondité actuels, atteignait environ 6,6 dans les années 50. Quarante ans plus tard, cette région reste toujours la plus féconde au monde avec un ISF de 6,0 enfants par femme.

Les écarts entre les taux de fécondité des pays d'Afrique subsaharienne sont cependant spectaculaires. En Afrique occidentale, on estime le taux de fécondité du Nigeria à 6,2 enfants par femme en 1997. Au Ghana ce taux était de 5,5 enfants au début des années 90, en baisse par rapport à environ 6,9 dans les années 50.

Les taux de fécondité varient aussi en Afrique orientale. Vers la fin des années 90, l'ISF se situait à environ 6,6 enfants par femme en Ethiopie, 6,9 en Ouganda et 5,8 en Tanzanie. Au Kenya, d'après certaines estimations il a atteint un sommet de plus de 8 enfants par femme dans les années 70, mais les enquêtes démographiques plus récentes le font reculer à 5,4 en 1994 (voir encadré 2, page 8).

L'Afrique centrale, dont le Congo est le leader démographique, avait en 1997 un ISF de 6,5 enfants par femme en dépit de taux d'infertilité extraordinairement élevés dans cette région d'Afrique. L'Afrique australe, dont près de 87 % de la population habitent la seule Afrique du Sud, a les taux de natalité les plus bas d'Afrique subsaharienne. L'ISF de l'Afrique du Sud était descendu à 3,2 naissances par femme en 1997, ce qui la rapproche des taux en vigueur dans les pays en développement d'autres régions du monde plutôt que des taux affichés par le reste de l'Afrique subsaharienne.

Avec de tels taux de natalité, la structure par âge des pays d'Afrique subsaharienne reste très jeune, comme en témoigne la base très large de la pyramide des âges à la Figure 2. Le fait pour chaque couple d'avoir en moyenne six enfants (et davantage encore dans les décennies antérieures) augmente les effectifs de génération en génération, dessinant ainsi une pyramide aux pentes abruptes.

La population âgée de moins de 15 ans représentait en 1997 45 % de toute la population d'Afrique subsaharienne. Elle dépassait 40 % dans chacun des pays, sauf au Gabon et en Afrique du Sud, dont la fécondité est relativement basse. Ceci contraste avec un pourcentage de jeunes de moins de 15 ans se chiffrant à 34 en Amérique latine, 32 en Asie et 22 aux Etats-Unis.

Cette jeunesse influence le développement économique. En effet, une part disproportionnée des ressources doit être affectée à la couverture des besoins immédiats des jeunes pendant

plusieurs années avant qu'ils ne puissent apporter leur contribution au revenu national. Le nombre élevé d'enfants sert aussi de levier à la croissance démographique future puisqu'ils viendront à fonder leurs propres familles. A supposer même que les femmes n'auront alors qu'à peine plus de deux enfants pour garantir leur remplacement et celui de leurs maris, les naissances continueront à surpasser les décès en Afrique subsaharienne pendant encore 40 à 50 ans.

Les déplacements de population

Les déplacements de population sont une autre source de changement démographique. Bien que l'Afrique subsaharienne n'ait enregistré au XX^e siècle que relativement peu d'émigration transcontinentale, il y a d'amples migrations entre pays du continent et à l'intérieur de ceux-ci. Les tensions politiques, les désastres naturels et les vagues de haute et de basse conjoncture économique y ont déclenché des mouvements migratoires parmi les plus impressionnants au monde.⁸ Les flux migratoires les plus réguliers vont des campagnes aux villes.

Urbanisation

L'Afrique subsaharienne est la région du monde la moins urbanisée mais dont le rythme d'urbanisation est le plus rapide. Près du tiers (32 %) de sa population vivait dans les zones urbaines en 1996, contre 11 % en 1950 (voir tableau 2). Selon les projections des Nations Unies, 49 %, soit près de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne sera urbaine d'ici 2025.

Des lois interdisaient l'exode rural en Afrique orientale et australe à l'époque coloniale, apparemment pour conserver la suprématie des blancs dans les villes. C'est ainsi qu'à titre d'exemple, seuls 5 % des Africains de l'Est vivaient en ville en 1950. Après l'indépendance, les villes se sont mises à croître en attirant des milliers de campagnards. En 1975,

13 % de la population d'Afrique orientale était urbaine, pourcentage qui atteignait 23 en 1996.

Les niveaux d'urbanisation beaucoup plus élevés de l'Afrique australe s'expliquent par les activités commerciales et industrielles reliées aux mines et par l'importance de la population non noire, qui réside pour la plupart en ville. Environ 38 % de la population d'Afrique australe vivaient dans les zones urbaines en 1950, pourcentage qui monte à 48 en 1996. Les projections voient ce pourcentage grimper à 62 d'ici l'an 2025. Dans les colonies d'Afrique occidentale, les Africains de race noire pouvaient se déplacer librement vers les villes et entre celles-ci ; ils pouvaient posséder des propriétés et construire des maisons. Pourtant, la plupart d'entre eux restaient à la campagne, de sorte qu'en 1950 l'urbanisation ne touchait que 10 % de la population d'Afrique occidentale et environ 14 % de celle d'Afrique centrale. Ces pourcentages devaient grimper en 1996 pour atteindre 37 et 33 % respectivement.

L'exode rural n'a vraiment démarré sérieusement qu'après l'accession de la plupart des pays à l'indépendance dans les années 60. Cette croissance urbaine est alimentée par un afflux constant de migrants ruraux et la persistance de taux de natalité élevés en milieu urbain. L'urbanisation en Afrique ne ressemble pas à celles d'Asie et d'Amérique latine parce que son expansion se fait en bonne partie en l'absence d'une industrialisation digne de mention. L'agriculture dépérit en de nombreuses zones rurales sous l'effet de fréquentes sécheresses et de la dégradation des sols résultant d'années de surpâturage, de déboisements excessifs et de débroussaillages commandés par le besoin de bois de chauffage, et enfin à cause des techniques agricoles traditionnelles. Beaucoup d'habitants de ces zones sinistrées ont émigré vers les villes. Celles-ci avaient beau ne pas leur offrir beaucoup d'emplois, ils se laissaient néanmoins tenter par les facilités de la vie urbaine.⁹



Ron Gilling/Still Pictures

Près du tiers de la population d'Afrique subsaharienne réside dans les zones urbaines. Dans beaucoup de pays, la population urbaine se concentre dans de grandes villes telles que Addis Abeba en Ethiopie.

Les villes d'Afrique subsaharienne ont connu une croissance annuelle voisine de 6 % entre 1960 et 1990,¹⁰ et progressent d'au moins 5 % par an dans les années 90. A ce rythme, leurs populations doubleront tous les 12 à 14 ans.

Beaucoup de pays africains, surtout les plus petits, ont une ville dominante, qui sert de centre administratif, économique et politique. Ces villes clés abritent de 30 à 40 % de la population urbaine de la région. Par exemple, environ 40 % de la population urbaine de Somalie vit à Mogadiscio, capitale du pays, et 38 % de la population urbaine du Mozambique réside dans la capitale Maputo, qui est la seule agglomération urbaine du pays dépassant 750 000 habitants. Les Nations Unies estiment que plus de 90 % des citoyens du Libéria se retrouvent à Monrovia dans la seconde moitié des années 90. Le Nigeria et l'Afrique du Sud sont une exception remarquée à cette configuration. Selon les experts, le Nigeria compte au moins une demi-douzaine de villes dépassant chacune le million

Tableau 2
Urbanisation des régions d'Afrique subsaharienne, 1950-2025

	Population urbaine, en pourcentage			
	1950	1975	1996	2025
Afrique subsaharienne	11	21	32	49
Afrique orientale	5	13	23	39
Afrique centrale	14	27	33	50
Afrique australe	38	44	48	62
Afrique occidentale	10	23	37	56

Source : ONU, *World Population Prospects: The 1996 Revision*, Tableaux annexes.

d'habitants. C'est le cas de huit centres urbains en Afrique du Sud.¹¹

Les pays appauvris d'Afrique subsaharienne n'ont pas été capables de répondre aux besoins essentiels de leurs populations urbaines en pleine expansion. L'hygiène, les transports, les écoles, les services de santé, l'énergie et quantité d'autres services urbains font défaut ou sont inadéquats dans la plupart des centres

Tableau 3

Estimation de la population réfugiée en Afrique subsaharienne au 31 décembre 1996

Pays d'accueil	Nombre de réfugiés (milliers)	Pays d'origine
Guinée	650	Libéria, Sierra Leone
Congo (ex-Zaire)	455	Rwanda, Angola, Soudan, Burundi, Ouganda
Soudan	395	Erythrée, Éthiopie, Tchad, autres
Tanzanie	335	Burundi, Rwanda, Congo, autres
Éthiopie	328	Somalie, Soudan, Djibouti, Kenya
Côte d'Ivoire	320	Libéria
Ouganda	225	Soudan, Congo, Rwanda
Kenya	186	Somalie, Soudan, Éthiopie, autres
Zambie	126	Angola, Congo, autres
Libéria	100	Sierra Leone
Sénégal	51	Mauritanie, autres
Rép. Centrafricaine	36	Soudan, Tchad, autres
Ghana	35	Togo, Libéria
Niger	27	Mali, Tchad
Burkina Faso	26	Mali, autres
Afrique du Sud	23	Angola, Somalie, Nigeria, Congo, autres
Djibouti	22	Somalie, Éthiopie
Rwanda	20	Congo, Burundi
Rép. du Congo	16	Angola, Tchad, autres
Guinée-Bissau	15	Mauritanie
Mali	15	Mauritanie
Mauritanie	15	Mali
Sierra Leone	15	Libéria
Burundi	12	Congo, Rwanda
Bénin	11	Togo, Nigeria
Togo	10	Ghana

Pays d'origine		Pays d'accueil
Libéria	755	Guinée, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Ghana, Nigeria
Somalie	467	Éthiopie, Kenya, Djibouti, Afrique du Sud, autres
Soudan	434	Ouganda, Congo, Éthiopie, Rép. Centrafr., Kenya, Erythrée, autres
Sierra Leone	350	Guinée, Libéria
Erythrée	343	Soudan, autres
Burundi	285	Tanzanie, Congo, Rwanda
Rwanda	257	Congo, Tanzanie, Ouganda, Burundi
Angola	220	Congo, Zambie, République du Congo, Afrique du Sud, Namibie
Congo (ex-Zaire)	117	Tanzanie, Ouganda, Zambie, Rwanda, Burundi, Angola, Afrique du Sud
Mali	80	Burkina Faso, Niger, Mauritanie, Algérie
Mauritanie	65	Sénégal, Mali
Éthiopie	58	Soudan, Kenya, Djibouti
Togo	30	Ghana, Bénin
Sénégal	17	Guinée-Bissau, Gambie
Tchad	15	Rép. Centrafricaine, Soudan, Rép. du Congo, Niger, Nigeria
Niger	15	Algérie
Ouganda	15	Congo
Djibouti	10	Éthiopie
Ghana	10	Togo

Note : Ce tableau inclut les pays avec 10 000 réfugiés et plus. Le Congo est l'ancien Zaïre.
 Source : U.S. Committee for Refugees, *World Refugee Survey 1997*, 4-6.



Mark Edwards/SHI Pictures

En 1997, près de 3,7 millions d'habitants en Afrique subsaharienne étaient des réfugiés vivant en dehors de leur pays d'origine. Des millions d'autres avaient été déplacés à l'intérieur de leurs propres frontières.

urbains de cette région. La plupart des villes sont incapables de fournir des logements à leurs résidents qu'elles chassent vers les quartiers de taudis et les bidonvilles ou dans des zones urbaines déjà surpeuplées. Si les autorités de ces pays sont en mesure d'éduquer et de prendre soin de ces populations urbaines en pleine croissance, celles-ci peuvent fournir une main-d'œuvre potentielle susceptible d'aider ces pays à conquérir leur autonomie économique.

Les réfugiés

Aux conditions économiques médiocres sont venus s'ajouter les conflits politiques et la violence civile pour chasser de chez eux des millions d'Africains du sous-continent, obligés d'émigrer vers un autre pays. L'Afrique subsaharienne compte l'une des plus nombreuses populations de réfugiés au monde. Selon le Comité des États-Unis pour les réfugiés, sur 14,5 millions de réfugiés dans le monde, 3,5 millions se retrouvent dans cette région en 1996. La Guinée, pays d'Afrique occidentale dont la population ne dépasse pas 7,5 millions, abritait à la fin de 1996 le plus

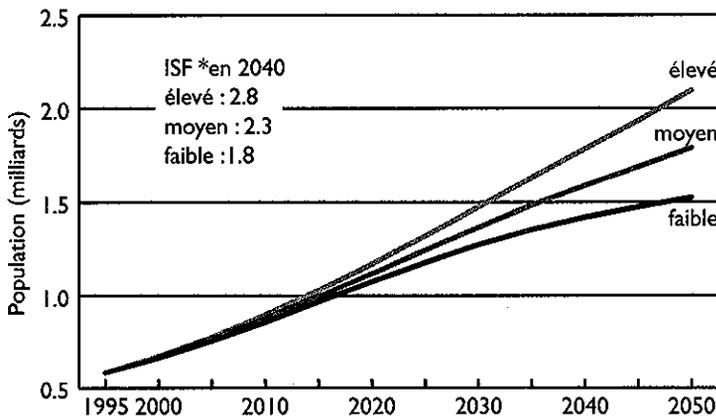
grand nombre de réfugiés (voir tableau 3, p. 14). Ce pays a en effet des frontières communes avec le Sierra Leone et le Libéria, deux pays déchirés par la guerre civile, et accueille 650 000 personnes déplacées par ces deux conflits politiques et d'autres encore. Les conflits civils qui sévissent au Libéria, au Sierra Leone, en Erythrée, en Somalie, au Soudan, à Djibouti, en Angola, en Ethiopie, au Burundi, au Rwanda et au Congo ont également chassé de nombreux réfugiés vers la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, le Kenya, le Soudan, la Tanzanie, l'Ouganda, le Congo, la Zambie et ailleurs.

Les déplacements de réfugiés peuvent impliquer des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants sur une période relativement courte ou peuvent consister en une lente érosion par départs échelonnés sur de nombreuses années (voir encadré 3, page 18). Aux mouvements des réfugiés par delà les frontières nationales s'ajoutent les déplacements de millions d'Africains subsahariens à l'intérieur de leur pays par suite de conflits internes ou d'interventions militaires. A titre d'exemple, on

***L'exode rural
n'a vraiment
démarré
sérieusement
qu'après
l'accession de la
plupart des pays
à l'indépendance
dans les années
60.***

Figure 3

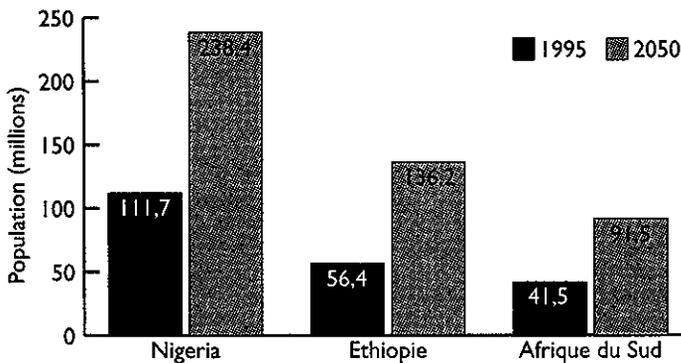
Projection de la population d'Afrique subsaharienne, 1995-2050



*ISF = nombre moyen d'enfants par femme aux taux de fécondité du moment.
Source : ONU, World Population Prospects: The 1996 Revision.

Figure 4

Projection des populations du Nigeria, l'Ethiopie et de l'Afrique du Sud, 1995-2050



Source : ONU, World Population Prospects: The 1996 Revision (projection moyen).

estimait à la fin de 1996 que 1,2 millions d'Angolais, 400.000 Burundais, 1 million de Libériens et 4 millions de Soudanais restaient confinés loin de leur domicile à cause de la guerre civile et de conflits ethniques.¹²

La population future

Quel sera le volume de la population d'Afrique subsaharienne au vu des tendances actuelles ? La réponse

repose sur les niveaux de fécondité futurs. Selon les séries de projections à moyen terme des Nations Unies, l'indice synthétique de fécondité moyen, qui était d'environ 6,0 en 1995, tomberait à 4,6 en 2010, à 3,7 en 2020 et à 2,3 en 2040. La population passerait ainsi de 588 millions en 1995 à 1,1 milliard en 2020 et 1,8 milliard en 2050 (voir figure 3). La population du Nigeria ferait plus que doubler, passant de 112 millions en 1995 à 238 millions en 2050. Dans le même intervalle de 55 ans, l'Ethiopie bondirait de 56 à 136 millions d'habitants et l'Afrique du Sud de 42 à 92 millions (voir figure 4).

Si la fécondité devait décliner plus lentement jusqu'à 2,8 enfants par femme en 2040, la population d'Afrique subsaharienne frôlerait les 2,1 milliards en 2050, comme l'indique la ligne supérieure de la figure 3. Ce scénario porterait la population du Nigeria à 256 millions à la même date. Même si la fécondité devait baisser plus rapidement, jusqu'à 4,3 enfants par femme en 2010 et 1,8 en 2040, la population d'Afrique subsaharienne atteindrait néanmoins le milliard et demi d'ici 2050.

Transition de la fécondité

La fécondité aura l'impact décisif sur la taille future de la population africaine. Les taux de natalité sont presque assurés de baisser, et cette baisse est déjà en cours dans beaucoup de régions. Les deux démographes australiens John et Pat Caldwell, experts de premier plan en matière de population subsaharienne, affirment que la fécondité y baissera certes, mais à un rythme beaucoup plus lent qu'ailleurs dans le tiers monde à cause de facteurs culturels et économiques.¹³ Les démographes s'entendent pour annoncer le recul de la fécondité, mais divergent sur son calendrier, sur les causes de la forte fécondité actuelle en Afrique et sur la nature des politiques ou des programmes qui déclencheraient la baisse la plus rapide.

Une révolution de la reproduction à l'échelle mondiale

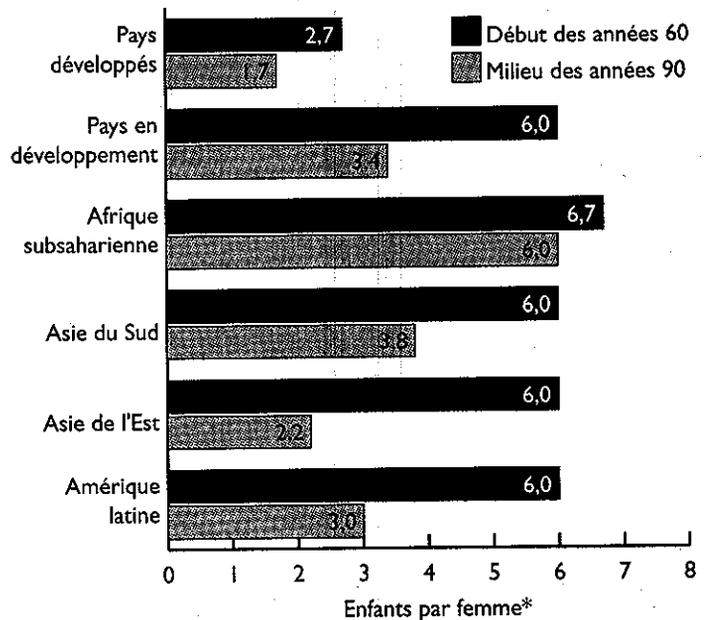
Une révolution de la reproduction — marquée par l'effondrement des taux de fécondité et un recours accru à la contraception — est en cours depuis ces dernières décennies dans les pays en développement. Vers 1960, l'ISF était de l'ordre de 6,0 enfants par femme en Amérique latine, en Asie du Sud et en Asie de l'Est, et à près de 6,7 en Afrique subsaharienne (voir figure 5). Au milieu des années 90, il n'était plus que de 3,0 en Amérique latine, 3,8 en Asie du Sud et 2,2 en Asie de l'Est. En même temps, la pratique de la contraception connaissait un essor spectaculaire dans ces trois régions. Le pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans et recourant aux moyens contraceptifs est passé d'environ 13 à 80 % en Asie de l'Est, de 7 à 40 % en Asie du Sud et de 14 à 67 % en Amérique latine (voir figure 6). L'Afrique subsaharienne semble être restée à l'écart de cette révolution de la reproduction. Elle affichait au milieu des années 90 un ISF de 6,0 enfants par femme, soit seulement 10 % de moins que l'ISF de près de 6,7 des années 60. Dix-huit pour cent seulement des femmes mariées de ce sous-continent pratiquaient une forme quelconque de contraception vers 1995, soit un modeste progrès de 5 % par rapport aux années 60.

Déterminants de la forte fécondité

Pourquoi la fécondité reste-t-elle aussi élevée en Afrique subsaharienne ? Certains des facteurs économiques et culturels qui en sont responsables se retrouvent presque partout dans le monde en développement alors que d'autres sont spécifiquement africains. Le faible niveau du développement de l'Afrique et sa forte dépendance envers l'agriculture ont perpétué plusieurs facteurs favorables à une fécondité élevée. Dans la plupart des pays, en effet, la fécondité est plus

Figure 5

Recul de la fécondité dans certaines régions du monde, du début des années 60 au milieu des années 90



* Nombre moyen total d'enfants par femme aux taux actuels de fécondité.
Source : ONU, *World Population Prospects: The 1996 Revision*.

forte dans les campagnes qu'en ville et chez les femmes moins instruites que chez celles plus instruites. En outre, les traditions religieuses et culturelles favorisent les familles nombreuses parce que les parents attendent de leurs enfants qu'ils les aident financièrement et assurent à leur famille une sorte d'immortalité.

Habitat rural et pauvreté

La plupart des Africains du sous-continent subsaharien sont de petits cultivateurs ou éleveurs aux revenus dérisoires. Parmi les 48 pays les moins avancés du globe, 33 se trouvent en Afrique subsaharienne,¹⁴ où près de sept habitants sur dix vivent encore en zones rurales vers la fin des années 90. En 1995, le produit national brut par habitant dépassait à peine 300 US \$ en Afrique occidentale et centrale, et 210 US \$ en Afrique orientale. Pauvreté et mode de vie provincial et rural vont généralement de pair avec

On s'attend à ce que les [réfugiés] retournent chez eux dès que les conditions se stabilisent dans leur pays d'origine.

Encadré 3

Le rapatriement des réfugiés

Les réfugiés sont des personnes forcées de quitter leur pays natal par crainte de persécutions pour des raisons politiques ou religieuses. On s'attend à ce qu'ils retournent chez eux dès que les conditions se stabilisent dans leur pays d'origine. Les organisations internationales telles que le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et la plupart des pays d'accueil préconisent leur rapatriement. Beaucoup de réfugiés ne sont cependant guère disposés à rentrer chez eux. Il arrive que des réfugiés (et leurs descendants) finissent par s'assimiler dans un pays d'accueil s'ils y séjournent suffisamment longtemps. Les autorités de leur pays natal peuvent aussi désirer retarder leur retour par crainte qu'un afflux soudain de citoyens ne provoque des perturbations sociales et économiques.

Des centaines de milliers de réfugiés ont fui l'Erythrée durant les 30 années de la guerre d'indépendance contre l'Éthiopie, qui a pris fin en 1991 sans que la plupart des réfugiés érythréens ne reviennent. 340 000 d'entre eux séjournaient toujours au Soudan à la fin de 1996, alors que seuls environ 180 000 avaient pris le chemin du retour. Confronté à une économie en lambeaux, le gouvernement érythréen ne les encourageait pas à rentrer. Ajoutons que les organismes internationaux n'ont guère apporté d'aide au rapatriement.

Le rapatriement des Rwandais réfugiés en Tanzanie présente une situation complètement différente. À la mi-décembre 1996, la Tanzanie hébergeait environ 730 000 réfugiés en provenance du Rwanda, du Burundi et du Congo (ex-Zaïre), ce qui en faisait la plus vaste concentration de réfugiés en Afrique subsaharienne. Ceux-ci étaient regroupés dans des zones relative-

ment éloignées au nord-est de la Tanzanie. Le réseau routier y était médiocre, l'eau manquait souvent et les besoins des réfugiés en bois de chauffage entraînait déforestation et dégradation de l'environnement. Les relations entre ces réfugiés et les populations locales étaient souvent tendues. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et les autorités tanzaniennes favorisaient le rapatriement, surtout pour les centaines de milliers de Hutus rwandais qui étaient arrivés pendant et après la guerre civile de 1994 entre Hutus et Tutsis.

Beaucoup de réfugiés rwandais craignaient de regagner leur pays gouverné par les Tutsis ; d'autres se voyaient interdire le retour par les chefs Hutus des camps, qui avaient participé au génocide contre les Tutsis et les Hutus modérés au Rwanda. En novembre 1994, c'est par centaines de milliers que les Rwandais réfugiés au Congo sont rentrés chez eux. Les dirigeants tanzaniens annoncèrent alors la fermeture des camps, pensant que les réfugiés regagneraient leur patrie. Des centaines de milliers d'entre eux quittèrent les camps, mais pour s'enfoncer plus profondément dans l'arrière-pays tanzanien plutôt que de rentrer au Rwanda. L'armée et la police de Tanzanie finirent par les intercepter et les renvoyer de force chez eux. Au plus fort de cette migration forcée, ce sont 15 000 réfugiés par heure qui franchissaient la frontière. On estime à 470 000 le nombre de Rwandais ainsi rapatriés à la fin de 1996.¹

Référence

1. U.S. Committee for Refugees, *World Refugee Survey 1997* (Washington, DC : Immigration and Refugee Services of America, 1997, 69, 86, 98-100).

une haute fécondité dans la plupart des pays en développement. En Afrique, ces conditions de vie ont tendance à perpétuer des croyances culturelles et des comportements pronatalistes qui maintiennent la fécondité à un niveau élevé dans la majeure partie de cette région.

Statut de la femme

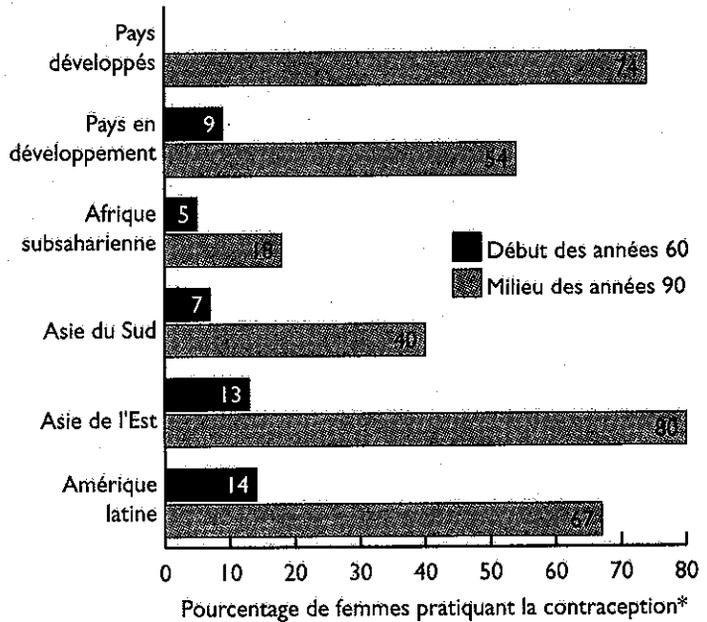
Les femmes africaines ont traditionnellement assumé d'importantes responsabilités dans la production agricole. Leurs rôles principaux restent cependant ceux d'épouses et de mères. Leurs droits au plan juridique sont souvent restreints ; elles doivent se soumettre à l'autorité des hommes en matière de prises de décisions relatives au ménage et à leur vie personnelle. Leur statut est parfois (mais pas toujours) encore davantage érodé par la pratique répandue de la polygynie.¹⁵ C'est précisément le peu d'opportunités offertes à ces femmes, surtout en milieu rural, qui explique l'importance de leurs maternités comme voie d'accès à un statut social.

Ces femmes ont aussi besoin d'avoir des enfants comme main-d'œuvre et source potentielle de sécurité pour leurs vieux jours. Elles peuvent trouver la vie bien difficile dans une petite exploitation agricole ou dans un bidonville. La routine de la cuisine et de l'entretien ménager leur est pénible. Elles doivent récolter souvent à longue distance l'eau et le bois de chauffage; elles doivent mener de pair les soins aux enfants et le travail éreintant des champs ou leurs activités dans le secteur informel des villes. Rien d'étonnant alors à ce qu'elles apprécient les enfants comme source de main d'œuvre.

Les enfants représentent aussi une forme importante de sécurité pour leurs mères vieillissantes. C'est que les femmes n'ont souvent pas droit d'hériter ou perdent leur droit à la terre au décès de leur mari ; c'est pourquoi elles désirent des enfants, surtout des fils pour s'assurer que quelqu'un prendra soin d'elles dans leurs vieux jours.

Figure 6

Hausse de la pratique contraceptive dans certaines régions du monde, du début des années 60 au milieu des années 90



* Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, pratiquant la contraception. Source : ONU, *Population Studies* 110 (1989) ; John Bongaarts et al., *Studies in Family Planning* 21 (Nov./Dec. 1990), 301 ; et Carl Haub et Diana Cornelius, *Population Reference Bureau, 1997 Population mondiale*.

Systèmes agricoles

L'évolution de l'agriculture paysanne ne s'est pas déroulée de la même façon en Afrique subsaharienne qu'ailleurs, selon certains chercheurs.¹⁶ Elle se caractérise par des cultures sur brûlis, la propriété communale du sol et, chose peut-être la plus importante, par des labours à la houe plutôt qu'à la charrue. L'explication de la persistance du recours à la houe tient probablement aux sols latéritiques (roches effritées) de l'Afrique tropicale, aux limites physiques de plateaux dépourvus de larges fonds de vallées et à l'absence d'animaux de trait (due aux maladies transmises par la mouche tsé-tsé), autant de facteurs qui découragent l'usage de la charrue. Les Africaines et leurs enfants labourent souvent la terre avec des houes à manche court, ce qui est une tâche extrêmement ardue.



En Afrique, la production agricole traditionnelle repose largement sur le travail des femmes et de leurs enfants, ce qui encourage les familles nombreuses.

...l'infécondité attire le mépris et peut être perçue comme le châtiment d'une transgression.

Ce système encourage une forte fécondité de nombreuses façons. Le labour à la main avantage les familles avec beaucoup de femmes et d'enfants, qui fournissent en effet la plupart du travail. En outre, quand la terre est de propriété communale, la manière d'accéder aux ressources agricoles est d'avoir des familles nombreuses. Enfin, puisque la terre est contrôlée à perpétuité par des familles étendues ou des clans au sein des zones tribales, ce système met l'accent sur l'importance des générations passées (ancêtres) et futures (descendance).¹⁷

Mariage et famille

La quasi totalité des femmes d'Afrique subsaharienne se marient, et souvent très jeunes. L'idée de rester volontairement célibataire ou sans enfant est étrangère à la plupart des cultures africaines. L'infécondité involontaire attire le mépris et peut être perçue comme un châtiment encouru pour une transgression. Elle justifie souvent un divorce. Les femmes divorcées ou veuves ont coutume de se remarier rapidement, ce que facilite la pratique

de la polygynie, qui est très répandue dans cette région.

Les grossesses arrivent souvent peu après, sinon avant le mariage. Il est de tradition que les grandes familles élargies contribuent à l'éducation des enfants. Dans certains pays, surtout en Afrique occidentale, il est encore courant de confier les enfants à un grand-parent, un autre membre de la famille, voire même une personne non apparentée pour au moins une partie de leur enfance.

Les enfants sont censés contribuer au bien-être de leurs parents et d'autres membres de la famille. Effectivement, le transfert de richesses en dehors de la famille nucléaire immédiate se pratique davantage en Afrique subsaharienne qu'ailleurs au monde. La tradition veut que les enfants qui manquent à ces obligations puissent non seulement se voir exclure des affaires de leur famille élargie mais s'attirer des représailles de la part des ancêtres.

Dans les religions animistes traditionnelles — auxquelles adhèrent environ le quart des Africains — les esprits des ancêtres imprègnent

l'environnement naturel de leur puissance. La croyance veut que ces ancêtres utilisent leurs pouvoirs pour garantir la survie de leur lignée, car ils prévoient de se réincarner dans leurs descendants. La croyance en ces systèmes ancestraux reste vivace même chez la majorité des Africains qui adhèrent à l'Islam ou au Christianisme, qui ne sont pas des religions animistes.

Mortalité élevée, bilan éducationnel médiocre

Les analystes des politiques de population établissent parfois comme règle générale que le succès des programmes de planning familial, et dès lors la baisse de la fécondité, requièrent une espérance de vie à la naissance supérieure à 50 ans. La plupart des pays d'Asie et d'Amérique latine ont franchi ce seuil dans les années 60. Tel est également le cas des pays d'Afrique subsaharienne dont la fécondité a le plus reculé. Au Zimbabwe et au Kenya, par exemple, l'espérance de vie a dépassé le seuil des 50 ans dans les années 70. Ailleurs dans le sous-continent, seule la population d'une poignée de pays jouit d'une longévité de plus de 50 ans, et, pour la plupart d'entre elles, depuis ces dernières années seulement.¹⁸

Hélas, l'épidémie de VIH/SIDA risque d'inverser la tendance longue de hausse de l'espérance de vie au Botswana, au Zimbabwe et dans quelques autres pays d'Afrique subsaharienne. Rien n'indique encore que ces reculs puissent influencer la pratique de la contraception ou la fécondité et ralentir ainsi la transition africaine vers une fécondité réduite.

L'éducation est un autre déterminant stratégique de la baisse de la fécondité. Partout dans le monde, l'éducation des femmes est associée à leur désir d'avoir moins d'enfants et d'utiliser plus de contraceptifs, ce qui fait baisser la fécondité.¹⁹

Depuis leur accession à l'indépendance dans les années 60, les pays subsahariens ont accompli de grands progrès pour rendre l'enseignement

Tableau 4

Effectifs des écoles secondaires dans les régions et quelques pays d'Afrique subsaharienne dans les années 90

	Effectifs scolarisés dans le secondaire (%)*	
	Garçons	Filles
Afrique subsaharienne	26	21
Afrique orientale	16	12
Erythrée	17	13
Ethiopie	12	11
Kenya	28	23
Madagascar	14	14
Malawi	6	3
Mozambique	9	6
Ouganda	14	8
Rwanda	11	9
Somalie	9	5
Soudan	24	19
Tanzanie	6	5
Zambie	25	14
Zimbabwe	51	40
Afrique centrale	30	15
Cameroun	32	23
Congo (ex-Zaïre)	33	15
République Centrafricaine	17	6
Tchad	13	2
Afrique australe	67	79
Afrique du Sud	71	84
Botswana	49	55
Lesotho	22	31
Namibie	49	61
Swaziland	51	50
Afrique occidentale	28	20
Bénin	17	7
Burkina Faso	11	6
Côte d'Ivoire	33	17
Ghana	44	28
Mali	12	6
Niger	9	4
Nigeria	32	27
Sénégal	21	11
Sierra Leone	22	12
Togo	34	12

* Rapport entre le nombre d'élèves du secondaire et les effectifs de jeunes en âge de fréquenter l'école secondaire
Source : Carl Haub et Machiko Yanagishita, Population Reference Bureau, 1996 *Population mondiale*.

plus accessible à leurs jeunes. Ils n'ont cependant pas encore rejoint les niveaux d'éducation primaire qui prévalaient en Amérique latine dans les années 60.²⁰



Dans les années 90, environ 20 % des filles d'Afrique subsaharienne fréquentent l'école secondaire.

***La fécondité ne
baissera en
Afrique
subsaharienne
que si les femmes
décident d'avoir
moins d'enfants
et s'évertuent à
éviter des
grossesses.***

Certains analystes croient que la transition de la fécondité ne pourra se faire tant que la proportion de filles inscrites dans les écoles secondaire n'aura pas atteint 20 %. Avec une moyenne de 21 % au milieu des années 90, l'Afrique subsaharienne vient de franchir ce seuil, mais la plupart de ses pays restent bien au-dessous de cette moyenne ; seule fait exception l'Afrique australe dont les écoles secondaires accueillent près de 80 % des filles en âge de les fréquenter. Le taux de fréquentation était de 20 % ou moins dans les autres régions subsahariennes et de moins de 10 % dans nombre de pays (voir tableau 4, p. 21).

Les graves difficultés économiques des années 80 et du début des années 90 ont empêché beaucoup de pays d'étendre leurs réseaux scolaires suffisamment vite pour accommoder leurs populations estudiantines en pleine croissance. Les taux de scolarisation plafonnent ou reculent dans plusieurs pays, incluant l'Angola, le Bénin et le Togo.²¹ Ce recul dans les acquis éducatifs risque de ralentir la transition de la fécondité dans cette région.

Perspectives de baisse de la fécondité

La fécondité ne baissera en Afrique subsaharienne que si les femmes décident d'avoir moins d'enfants et s'évertuent à éviter des grossesses. Les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et d'autres enquêtes révèlent chez les femmes plus jeunes, souvent plus instruites que leurs mères et grands-mères, une tendance à désirer moins d'enfants que leurs aînées. Par exemple, l'EDS de 1995 en Erythrée constatait que la taille idéale de la famille était de 6,0 enfants pour l'ensemble des femmes (comme l'ISF), mais de 4,8 chez les femmes de 15 à 19 ans, 5,3 chez celles de 20 à 24 ans et de plus en plus en fonction des classes d'âge supérieures. Au Nigeria le nombre idéal d'enfants atteignait 5,3 chez les femmes de 15 à 24 ans contre 6,3 chez celles de 30 à 39 ans. Au Bénin, ce nombre était de 5,0 enfants chez les femmes de 15 à 19 ans, mais de 5,8 chez celles de 30 à 34 ans.²² Les aspirations de fécondité moins élevées des femmes plus jeunes laissent prévoir une baisse des taux de fécondité avec le passage de ces femmes à travers leurs âges fertiles dans la mesure où leurs naissances effectives correspondront à leurs aspirations.

Les déclarations des jeunes femmes sur la taille idéale de leur famille peuvent cependant surévaluer le potentiel de baisse de leur fécondité. Les femmes plus âgées pourraient avoir des réticences à exprimer leur désir d'avoir moins d'enfants qu'elles n'ont déjà, surtout si la culture de leur milieu valorise les familles nombreuses. Les jeunes femmes peuvent changer d'avis avec l'âge. Beaucoup d'analystes aiment voir dans les « besoins non couverts » en matière de planning familial un indicateur du potentiel de recul de la fécondité ainsi que du besoin d'étendre les services de planning familial. Cette notion de besoin non couvert s'applique à la femme qui court le risque de grossesse et n'utilise pas de contraceptifs alors qu'elle ne veut plus d'enfant ou désire

reporter la prochaine naissance d'au moins deux ans. La demande potentielle de services de planning familial est habituellement légèrement inférieure aux besoins non couverts. Certaines femmes changeront en effet d'avis lorsque confrontées à la possibilité de pratiquer la contraception ; d'autres seront enceintes après avoir succombé aux pressions de leur époux ou de leur famille. D'autres aimeraient arrêter ou retarder une prochaine naissance, mais ne comprennent pas que la maternité peut relever d'un choix conscient.

Selon les données des enquêtes, le niveau des besoins non couverts est très élevé en Afrique subsaharienne. C'est ainsi que l'EDS de 1993 au Ghana indiquait que 39 % des femmes mariées voulaient soit éviter soit retarder d'au moins deux ans toute nouvelle maternité sans pour autant pratiquer la contraception. Les EDS calculaient les besoins non couverts à 28 % en Erythrée (1993) et à un étonnant 62 % au Sénégal (1997).²³

Les démographes Charles Westoff et Akinrinola Bankole ont établi que le taux de fécondité baisserait d'environ un enfant par femme en moyenne si l'on pouvait répondre à une partie des besoins non couverts en étendant les services de planning familial.²⁴ Si l'impact sur les projections démographiques n'est pas plus grand, c'est parce que la majeure partie des besoins de l'Afrique subsaharienne en planning familial vise l'espacement plutôt que l'arrêt des naissances. Ceci n'empêche pas que le nombre de pays avec une fécondité en baisse augmenterait si les femmes avaient les moyens d'espacer ou de limiter leurs maternités grâce au planning familial.

Il faut aux pays en développement au moins 20 % de femmes mariées d'âge fertile utilisant une méthode moderne de contraception pour que s'y déclenche une baisse prolongée de la fécondité.²⁵ Cette condition est remplie dans cinq pays : Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Namibie et Zimbabwe (voir tableau 5). Ces pays connaissent tous une chute marquée de leurs taux de fécondité,

Tableau 5

Prévalence contraceptive en Afrique subsaharienne, années 90

Région	Pourcentage de femmes utilisant un contraceptif moderne		
	20 % ou plus	de 10 à 19 %	moins de 10 %
Afrique orientale	Kenya, Zimbabwe	Malawi, Rwanda, Tanzanie Zambie	Burundi, Erythrée, Ethiopie, Madagascar, Ouganda, Soudan
Afrique centrale			Cameroun, Congo (ex-Zaire), Rép. Centrafricaine, Rép. du Congo
Afrique australe	Botswana, Namibie, Afrique du Sud	Lesotho, Swaziland	
Afrique occidentale		Ghana	Burkina Faso, Côte-d'Ivoire, Gambie, Guinée, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Togo

Note : La prévalence de la contraception moderne concerne le pourcentage des femmes mariées qui comptent couramment sur la pilule, la stérilisation, le préservatif ou une autre méthode efficace de contraception.

Source : Carl Haub et Diana Cornelius, Population Reference Bureau, 1997 *Population mondiale*.

prouvant ainsi qu'ils ont entamé la phase de transition de leur fécondité.

A un deuxième niveau se trouvent des pays dont les taux de prévalence contraceptive moderne sont estimés entre 10 et 19 % et annoncent l'amorce de la transition de leur fécondité. Une bonne moitié d'entre ces pays ont de bonnes chances de démarrer cette transition dans un proche avenir, mais les autres se heurtent à des problèmes économiques et de santé hors du commun, qui risquent de retarder cette transition pendant de longues années.

La majorité des pays subsahariens se situent au troisième niveau, qui se caractérise par une prévalence contraceptive très faible (moins de 10 %). Les démographes s'attendent certes à ce que ces pays finissent par adopter l'idéal des familles peu

Encadré 4

La transition de la fécondité en Afrique du Sud

Voilà des années que les analystes citaient le Zimbabwe, le Botswana et le Kenya comme exemples de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne sans guère mentionner l'Afrique du Sud. A l'époque de l'apartheid, lorsque la minorité blanche gouvernait l'Afrique du Sud, le monde extérieur disposait de bien peu de données démographiques sur ce pays. Les informations actuellement disponibles révèlent que ce pays a connu la baisse de fécondité la plus significative du sous-continent.¹

Sa composition ethnique est inhabituelle. Les Noirs en forment environ 74 %, les Blancs 14 %, les métisses autour de 9 % et les Sud-Africains d'ascendance asiatique (Indiens) environ 3 %. L'indice synthétique de fécondité (ISF) des Blancs a chuté jusqu'au niveau de remplacement (2,1 enfants par femme) voire en-dessous dès le milieu des années 70 et s'y maintient dans les années 90. Chez les Indiens et les métisses, l'ISF — qui mesure le nombre total d'enfant qu'aurait une femme aux taux de natalité du moment — dépasse probablement à peine le niveau de remplacement pour les années 90 au terme d'un déclin de plusieurs décennies.

Cette transition de la fécondité n'aurait pourtant pas pu se produire sans une baisse substantielle de la fécondité chez les Noirs, qui forment la vaste majorité de la population. Le recul du taux de fécondité de la population noire date des années 60, alors que l'ISF se situait entre 6,5 et 6,9 enfants par femme. Ce dernier n'était plus que

de 4,6 à la fin des années 80² et 3,6 dans les années 90.

Comment cette transition de la fécondité s'est-elle produite ? Le gouvernement s'est mis à soutenir fermement le planning familial à partir des années 60. Ceci était dû en partie à la crainte de voir la croissance rapide de la population ébranler la prospérité et le développement économique de l'Afrique du Sud, mais en partie aussi à la préoccupation que suscitait chez les dirigeants politiques et les administrateurs blancs la perspective de la population noire en croissance rapide venant submerger les Blancs beaucoup moins nombreux. Déjà en 1963, le gouvernement finançait généreusement les institutions privées et publiques de planning familial et distribuait gratuitement des contraceptifs, avant d'inaugurer en 1974 le Programme national de planning familial, financièrement bien doté.

Les résultats furent impressionnants et sans précédent en Afrique subsaharienne. En effet, en 1983 plus de la moitié des femmes éligibles pratiquaient la contraception. En 1984, le pays adoptait un Programme de développement de la population en vue d'intensifier le programme de planification des naissances et d'encourager les changements socio-économiques provoquant la hausse de la demande de contraceptifs. Bien qu'il n'ait pas atteint ses objectifs, ce programme a augmenté substantiellement les services de planification familiale. A la fin de la décennie, environ 58 % des femmes âgées de 15 à 49 ans (y compris près de la moitié des femmes mariées de race noire)

nombreuses et pratiquer la contraception, mais il faudra sans doute à beaucoup d'entre eux de nombreuses décennies avant qu'ils n'entrent vraiment dans la phase de transition de leur fécondité.

Pays en transition

L'Afrique du Sud est un bon exemple de baisse de la fécondité et d'accroissement du recours à la planification familiale (voir encadré 4). Avec une population estimée à 42,5 millions en

utilisaient une forme de contraception ou une autre.³ Après la chute de l'apartheid, le gouvernement du président Mandela a rédigé l'avant-projet d'une politique nationale de la population destinée à poursuivre les efforts entrepris.

Ironie de l'histoire, le programme de planning familial de l'Afrique du Sud a été conçu et mis en œuvre par le gouvernement d'une minorité blanche désireux de ralentir la croissance de la population noire majoritaire. Les communautés noires auraient des lors pu faire obstruction à cette politique. En fait, le recul de la fécondité des femmes noires est resté quelque peu en-deçà des objectifs compte tenu du niveau des changements économiques et de la pratique contraceptive. Et pourtant, beaucoup de femmes noires ont adopté le planning familial malgré les visées politiques qui inspiraient le programme ; c'est qu'à l'époque de l'apartheid, une grossesse et la naissance d'un enfant risquaient de compromettre sérieusement les possibilités d'emploi des femmes en milieu urbain.

Le déclin de la fécondité en Afrique du Sud est de loin la transition de fécondité la plus précoce et la plus significative de la région. L'Afrique du Sud a beaucoup de caractéristiques économiques et sociales qui favorisent un tel déclin. Son économie est la plus dynamique de la région. Son produit national brut par habitant approchait les 3 000 US \$ en 1995, un chiffre nettement supérieur à ceux de la plupart des autres pays subsahariens. Malgré des inégalités criantes, les

Noirs d'Afrique du Sud disposaient de revenus supérieurs à ceux des Noirs dans les autres pays africains. Les Sud-Africains avaient plus de chances de vivre en ville et d'avoir accès à des services de santé.

L'Afrique de Sud est cependant à la traîne de quelques autres pays pour d'autres indicateurs. Les taux de mortalité infantile n'y étaient pas moindres que dans d'autres pays affichant un recul de leur fécondité, même si les taux de mortalité des jeunes enfants étaient inférieurs. L'Afrique du Sud s'est hissée jusqu'au seuil approximatif de 20 % de femmes noires inscrites dans l'enseignement secondaire au début des années 80 et donc pas avant d'autres pays-clés.

En résumé, l'expérience de l'Afrique du Sud suggère qu'un programme efficace de planification des naissances appuyé par l'engagement et les ressources financières de l'Etat peut engendrer une baisse continue de la fécondité, surtout en conjonction avec des changements économiques et sociaux qui stimulent un accroissement du nombre de personnes désirant des familles peu nombreuses.

Références

1. John C. Caldwell et Pat Caldwell, « The South African Fertility Decline », *Population and Development Review* 19, 2, juin 1993, 225-62.
2. Ibid., 230-1, et Oriji Chimere-Dan, « Population Policy in South Africa », *Studies in Family Planning* 24, janv-fév 1993, 31.
3. Caldwell et Caldwell, op.cit., 234-243, et Chimere-Dan, op.cit., 32-35.

L'Afrique du Sud a enregistré la baisse de la fécondité la plus significative en Afrique subsaharienne.

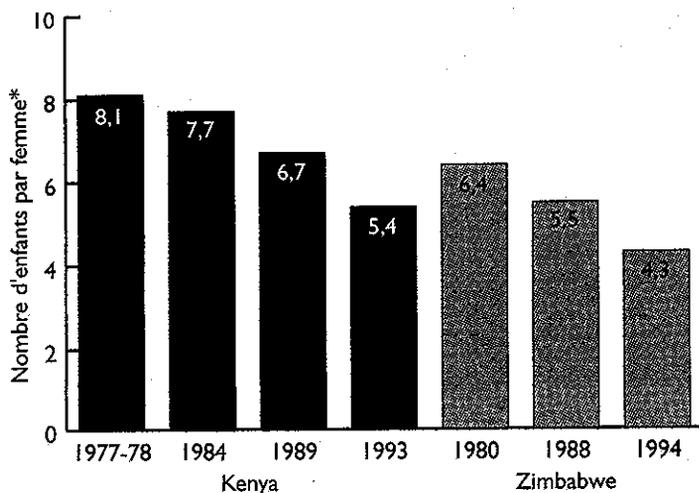
1997, ce pays occupe le quatrième rang dans la région derrière le Nigeria, l'Éthiopie et le Congo. Son taux de fécondité, qui était estimé à 6,5 enfants par femme au début des années 60, est tombé approximative-

ment à 3,2 enfants en 1997, ce qui est un niveau plus courant en Asie ou en Amérique latine qu'en Afrique.

La baisse de la fécondité au Zimbabwe permet également de tirer des leçons pour le reste de l'Afrique

Figure 7

Tendances des taux de fécondité : le Kenya et le Zimbabwe



*L'indice synthétique de fécondité (ISF) est le nombre total d'enfants par femme aux taux de natalité du moment. Les ISF ci-dessus concernent habituellement les trois années précédant les dates indiquées en abscisse.
Source : (pour le Kenya) EDS 1993 pour le Kenya ; (pour le Zimbabwe) EDS 1994 pour le Zimbabwe ; et ONU, *World Population Prospects 1996 : The 1996 Revision*.

malgré l'histoire inhabituelle de ce pays. La plupart des anciennes colonies britanniques ont obtenu leur indépendance tard dans les années 50 ou au début des années 60, et sont gouvernées depuis lors par des Noirs africains. Au Zimbabwe, les colons blancs se détachèrent unilatéralement du Royaume-Uni en 1966 pour former un nouveau pays, la Rhodésie. Son gouvernement institua un système rigide d'apartheid qui déclencha à l'échelle mondiale un boycott économique contre ce pays. En réaction, les Rhodésiens mirent sur pied une infrastructure économique sophistiquée et largement auto-suffisante. Depuis lors et jusqu'à présent, une fraction importante de la population vit dans de vastes fermes commerciales qui ressemblent plus à celles d'Europe et d'Amérique du Nord qu'aux petites exploitations agricoles de l'Afrique tropicale. Le Zimbabwe n'est devenu un pays indépendant, gouverné par sa majorité noire, qu'en 1980 au terme d'une guerre civile longue et dévastatrice.

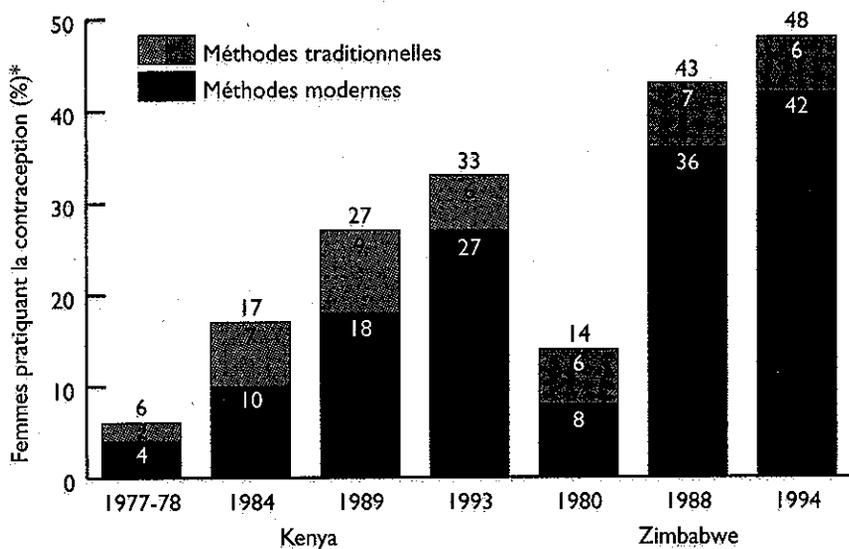
A certains égards, le Zimbabwe était prêt à s'engager dans la transition de sa fécondité dès les années 80. A l'aube de son indépendance, l'espérance de vie à la naissance y dépassait déjà le seuil critique de 50 ans et a progressé tout au long de la décennie suivante. Le nouveau gouvernement a augmenté le budget de l'éducation nationale et les effectifs scolaires ont connu un essor spectaculaire. Ce gouvernement ambitieux reconnaissait également le rôle du facteur démographique dans le développement socio-économique. C'est ainsi qu'est né un solide programme de planification familiale, largement soutenu par les bailleurs de fonds internationaux, soucieux de la réussite d'un Zimbabwe indépendant. Ce Programme national de planning familial du Zimbabwe a mis sur pied un système de distribution impressionnant au niveau des collectivités qui offre des services à la population tant dans les campagnes que dans les villes.

Lors de son accession à l'indépendance en 1980, le Zimbabwe avait un taux de fécondité d'environ 6,4 enfants par femme (voir figure 7), alors que seulement 8 % des femmes mariées de 15 à 49 ans utilisaient une méthode de contraception moderne (voir figure 8). Selon l'EDS de 1988 dans ce pays, la fécondité était tombée à 5,5 enfants par femme et la proportion des femmes éligibles et pratiquant la contraception moderne était montée à 36 %. L'EDS de 1994 donnait respectivement 4,3 enfants par femme et une prévalence de l'utilisation des méthodes modernes de contraception de 42 % chez les femmes mariées.

Le Botswana était l'un des pays les plus pauvres d'Afrique subsaharienne au moment de son indépendance en 1966. Il tirait une part importante de ses revenus des sommes rapatriées d'Afrique du Sud par ses travailleurs migrants. Depuis les dernières décennies, les mines de diamants lui assurent l'un des revenus par habitant les plus élevés d'Afrique. Les migrations constantes des travailleurs entre le Botswana et l'Afrique du Sud ont

Figure 8

Tendances des taux de prévalence contraceptive : le Kenya et le Zimbabwe



* Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, pratiquant la contraception.

Note: Les méthodes modernes de contraception incluent le stérilet, la pilule, les injections, les implants, la stérilisation, le préservatif et autres méthodes d'arrêt. Les méthodes traditionnelles incluent la continence périodique (rythme), le retrait et des méthodes coutumières.

Source : (pour le Kenya) 1993 EDS pour le Kenya ; William Brass et Carol L. Jolly, eds., *Population Dynamics of Kenya, 1993* ; (pour le Zimbabwe) 1994 EDS pour le Zimbabwe ; et Alex F. Zinanga, *Development of the Zimbabwe Family Planning Program*.

cependant influencé profondément la configuration matrimoniale et la pratique de méthodes de planning familial au Botswana.

Le taux de fécondité y atteignait environ 6,5 enfants par femme au milieu des années 70 pour tomber ensuite à 5,9 % en 1984 et à 4,9 % en 1988 selon les deux Enquêtes de santé familiale correspondantes. La proportion de femmes mariées pratiquant la contraception moderne a bondi de 19 à 32 % dans l'intervalle séparant ces deux enquêtes.²⁶ Le recensement de 1991 laissait entrevoir la poursuite de la baisse de la fécondité. On estimait l'ISF à 4,6 enfants par femme au milieu des années 90.

L'histoire du déclin de la fécondité au Kenya semble mieux s'appliquer au reste de l'Afrique que celles du Botswana ou de l'Afrique du Sud. Les groupes ethniques du Kenya pratiquaient toutes les croyances culturelles pronatalistes qui font obstacle à

la planification des naissances en Afrique. La population y est largement rurale et appauvrie ; sur un total de 29 millions en 1997, 73 % habitaient la campagne, et le produit national brut (PNB) par tête n'était alors que de 280 US \$. Même au début des années 90, certains experts ne donnaient pas cher des chances d'une baisse de la fécondité au Kenya.²⁷

Pourtant, la mortalité des enfants y a chuté de façon spectaculaire dans les années 70 grâce à des campagnes de vaccination et à des mesures de santé publique. Aussi l'espérance de vie à la naissance a-t-elle franchi dans ce pays le seuil des 50 ans avant la plupart des autres pays d'Afrique subsaharienne. Le Kenya a également fait de gros efforts en éducation après la fin de la colonisation britannique en 1963, au point d'atteindre dès le début des années 80 le seuil de 20 % des filles inscrites dans les écoles

secondaires, soit bien avant les autres pays d'Afrique.²⁸

Le Kenya a également profité d'un niveau exceptionnellement élevé d'aide financière et d'intérêt de la part des donateurs internationaux, notamment parce que la splendeur de ses paysages et de sa faune en font une destination depuis longtemps courue par les touristes de toutes nationalités. Le Kenya est l'un des premiers pays de la région à s'être doté d'une politique de population avec un programme de planification des naissances, et cela surtout sous la pression des donateurs internationaux. Bien que le premier président du pays, Jomo Kenyatta, ait ignoré cette politique après sa promulgation, le programme de planning familial n'en a pas moins poursuivi son expansion avec l'aide de la communauté internationale et l'appui progressif du gouvernement.²⁹

Le Kenya a ressenti les impacts négatifs du taux élevé de sa croissance démographique plus tôt et plus douloureusement que beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne. De là sans doute l'intensification de son engagement en faveur de la planification des naissances. Le taux de croissance de sa population était proche des 4 % au milieu des années 70 sous l'effet de ses taux de natalité élevés et de la chute rapide de ses taux de mortalité. Dès lors, les terres à vocation agricole, qui représentaient une portion relativement faible du territoire, se sont morcelées dans beaucoup de régions du pays en des exploitations agricoles de plus en plus réduites, compromettant ainsi la survie de beaucoup de gens. La pression de la population sur la terre s'est intensifiée au début des années 80 lorsque la croissance économique n'a pas pu suivre le rythme de celle de la population.

Le taux de fécondité du Kenya a atteint un sommet de plus de huit enfants par femme au milieu des années 70, ce qui constitue peut-être un record mondial. Selon les données d'enquêtes, la fécondité a baissé

lentement jusqu'à la fin des années 70 et plus rapidement depuis lors (voir figure 7). L'ISF est passé de 6,7 enfants par femme vers la fin des années 80 à 5,5 au début des années 90. La prévalence de la contraception moderne est passée de 10 à 27 % entre 1984 et 1993 (voir figure 8, p. 27).

Certains analystes prévoient que l'EDS de 1998 affichera une nouvelle baisse de la fécondité, accompagnée peut-être d'une prévalence contraceptive accrue. Le Kenya offre un des exemples les plus encourageants de recul de la fécondité en Afrique subsaharienne.

La Namibie est un autre pays dont au moins 20 % des femmes mariées utilisent une méthode de contraception moderne. Les données récentes attestent d'un recul de la fécondité depuis le début des années 80. Ce pays, dont la population n'atteignait qu'environ 1,7 million en 1997, est un ancien territoire de l'Afrique du Sud, relativement isolé du reste du monde. L'EDS de 1992, qui fournit quelques-unes des premières données démographiques et de santé pour ce pays, indique un taux de fécondité de 5,4 enfants par femme et un taux de prévalence de la contraception moderne de 26 % des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans.¹⁰

Pays de deuxième niveau

Sept pays d'Afrique subsaharienne avaient au milieu des années 90 des taux de prévalence contraceptive entre 10 et 19 %.

Deux d'entre eux, le Lesotho et le Swaziland, sont de petits pays d'Afrique australe, subissant largement l'influence de leur grand voisin, l'Afrique du Sud. Tous deux sont à la veille de franchir le seuil des 20 % et d'entamer ainsi la phase de transition de leur fécondité.

Tel est probablement aussi le cas du Ghana en Afrique occidentale. Selon l'EDS ghanéenne de 1993, l'ISF de ce pays de 18 millions d'habitants est tombé de 6,4 à 5,5 enfants par femme entre le milieu des années 80 et le début des années 90. La propor-

tion de femmes mariées de 15 à 49 ans utilisant des contraceptifs modernes est passée de 5 à 10 % dans le même intervalle.³¹ Les quatre pays restants, le Malawi, le Rwanda, la Zambie et la Tanzanie, se heurtent par contre à une série d'obstacles qu'ils doivent franchir avant d'entamer la phase de transition de leur fécondité.

La Zambie est exceptionnellement urbanisée à l'échelle de l'Afrique subsaharienne puisque 42 % de sa population réside en milieu urbain dans les années 90. Ce fait devrait normalement favoriser une prévalence contraceptive accrue et une fécondité moindre, mais ce pays souffre depuis plus de deux décennies d'une crise économique dévastatrice, entraînée en partie par la chute des prix du cuivre. Son revenu par habitant n'atteignait que 400 US \$ en 1995, et à peine 14 % des filles en âge de fréquenter l'école secondaire y étaient inscrites au début des années 90. L'espérance de vie à la naissance n'atteint pas 44 ans et risque de baisser sous l'effet de l'épidémie du VIH/SIDA.

Selon l'EDS de Zambie, la fécondité a reculé de 6,5 à 6,1 enfants par femme entre le début et le milieu des années 90, tandis que le pourcentage de femmes mariées utilisant des contraceptifs modernes est passé de 9 à 14 % entre 1992 et 1996.³² Il est peu probable que la Zambie entre dans une phase prolongée de baisse de fécondité avant que la situation économique ne s'améliore et que se développent les services scolaires et de santé.

La Tanzanie est un pays d'Afrique de l'Est appauvri et frappé par une sérieuse épidémie de VIH/SIDA qui risque de retarder la transition de sa fécondité. Malgré le potentiel d'exportation de son agriculture, sa population est extrêmement pauvre. Le taux des filles inscrites dans le secondaire n'était que de 5 % au début des années 90, et le revenu par habitant, qui ne dépasse pas 120 US \$, est l'un des plus faibles du continent. Selon l'EDS de ce pays en 1996, le taux de fécondité est de 5,8 enfants



Sean Sprague

Les efforts de promotion du planning familial ont contribué à l'accroissement de l'utilisation de la contraception au Kenya.

par femme et la prévalence des contraceptifs modernes, de 13 %.³³

Pays de troisième niveau

La majorité des pays d'Afrique subsaharienne n'ont pas encore atteint le premier jalon sur le chemin de la transition de leur fécondité. Moins d'une femme mariée sur dix y pratique la contraception moderne depuis 1990. Le Nigeria connaît un déclin prolongé, bien que graduel, de la fécondité dans ses territoires fortement urbanisés du sud-ouest. Le taux de fécondité national demeure cependant toujours proche des 6,2 enfants par femme, et la prévalence des contraceptifs modernes n'est que d'environ 7 %. Le système de santé publique du pays s'est détérioré, et les services publics de planification familiale ne connaîtront probablement pas d'expansion dans un avenir rapproché.

L'Ethiopie, le deuxième plus grand pays d'Afrique subsaharienne, ne montre guère de signes de changement malgré l'adoption d'une

*La plupart des
pays de la région
subsaharienne
n'ont guère
progressé dans la
transition de leur
fécondité.*

Politique nationale de la population visant à réduire la fécondité. Le produit national brut (PNB) par habitant était de 100 US \$ en 1995. Le gouvernement n'ayant pas participé au programme EDS, les analystes ne disposent pas de beaucoup de données pour formuler des programmes. Le Congo est lui aussi appauvri malgré l'immense abondance de ses ressources naturelles. Son PNB par habitant était de 120 US \$ en 1995 ; les efforts de développement avaient pratiquement cessé sous le régime précédent du président Mobuto Sese Seko. On y estime l'ISF à 6,7 enfants par femme et seulement 3 % des femmes mariées recourent à la contraception moderne.

L'Ouganda présente un scénario plus optimiste de transition de la fécondité. Au lendemain de longues années de dictature et de violence sous Idi Amin et Milton Obote, il est considéré aujourd'hui comme l'un des pays prometteurs de la région. Le taux de fécondité y reste cependant à 6,9 enfants par femme et la prévalence de la contraception moderne est de 8 %.

En Afrique occidentale francophone, le Sénégal manifeste des signes de transition de sa fécondité et pourrait rejoindre bientôt les pays du deuxième niveau. L'EDS de 1997 pour le Sénégal indique une chute de la fécondité, qui est passée de 7,1 enfants au milieu des années 70 à 5,7 une vingtaine d'années plus tard. Cette baisse s'explique cependant en bonne partie par le relèvement de l'âge au premier mariage dans les zones urbaines, où vit environ 43 % de la population, et non par le recours à la contraception. Ce dernier resté minimal, passant de moins de 1 % au milieu des années 70 à 8 % en 1997.³⁴

En résumé, cinq pays, rassemblant environ 14 % de la population d'Afrique subsaharienne, sont sur le bon chemin de la transition de leur fécondité. Sept autres pays, avec autour de 12 % de cette population, ont une prévalence de la contraception moderne de 10 à 19 %, mais ne remplissent pas nécessairement les

autres conditions qui laisseraient entrevoir un changement démographique rapide. Les 31 autres pays d'Afrique subsaharienne, qui comptent près des trois quarts de sa population, affichent moins de 10 % de prévalence de la contraception moderne. La plupart d'entre eux n'ont manifesté que peu ou pas de tendance vers une transition de leur fécondité.

L'avenir de la transition de la fécondité

Comment devons-nous interpréter la situation de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne? Personne ne croit que les taux de fécondité resteront indéfiniment élevés. Leur baisse est d'ailleurs déjà en cours dans de nombreux pays. La question importante est de savoir si le recul de la fécondité en Afrique subsaharienne suivra le modèle de la révolution contraceptive d'autres régions du monde en développement où s'il sera freiné par l'organisation sociale et les valeurs particulières de cette région.

L'exemple de l'Afrique du Sud montre que les pays d'Afrique subsaharienne peuvent réussir une expansion considérable de la pratique contraceptive à condition que leurs gouvernements en aient la volonté et que l'environnement socio-économique s'y prête. Pourtant, même en Afrique du Sud, le taux de fécondité des femmes noires reste, avec 3,6 enfants, bien supérieur au niveau de remplacement.

Le Zimbabwe et le Botswana, deux pays voisins de l'Afrique du Sud, ont enregistré une augmentation de l'utilisation des contraceptifs et une baisse de la fécondité dans un intervalle de temps relativement court. Ces deux pays sont malheureusement frappés par une épidémie de VIH/SIDA très virulente qui risque de retarder la transition de leur fécondité. Certes, on ignore l'impact de cette épidémie sur la fécondité. L'espérance de vie recule au lieu de progresser, de sorte qu'ils risquent de

Encadré 5

Les systèmes de surveillance par sentinelle

Les données statistiques utilisées pour analyser l'état de l'épidémie en Afrique subsaharienne sont de piètre qualité. La plupart des installations de santé n'ont pas les moyens de détecter les cas d'infection par le VIH. En outre, les personnes infectées ne meurent pas directement du VIH mais plutôt de maladies telles que la tuberculose ou le paludisme, qui profitent de l'affaiblissement du système immunitaire pour s'infiltrer dans l'organisme. Ces décès sont rarement attribués au SIDA en Afrique subsaharienne. Beaucoup de personnes infectées ne cherchent jamais à se faire soigner et ne sont jamais signalées. Certains professionnels de la santé et certaines familles préfèrent ne pas transmettre les diagnostics de SIDA à cause du mauvais renom attaché à cette maladie.

La plupart des pays dépendent de systèmes de surveillance par sentinelle pour évaluer l'étendue de cette épidémie. Certaines installations de santé sont désignées comme sites de surveillance par sentinelle. Elles effectuent des tests anonymes d'échantillons sanguins de patients atteints d'une MST et de femmes enceintes en consultation prénatale (CPN). Les patients atteints de MST constituent un groupe à risque élevé d'infection VIH et ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population ; par suite, la plupart des analyses dépendent de données glanées auprès des femmes en CPN. Nombreux sont les rapports de presse et

même les études démographiques qui citent directement les taux CPN, alors que les femmes enceintes ne sont pas systématiquement représentatives de la population entière. Ces femmes enceintes, en effet, sont jeunes et sexuellement actives et peuvent courir de ce fait plus de risques d'infection par le VIH que la population adulte dans son ensemble. C'est dire que les taux CPN risquent de surevaluer la prévalence dans la population entière. Des preuves existent cependant que le VIH peut réduire la fécondité des femmes infectées, ce qui voudrait dire que ces dernières sont sous-représentées parmi les clientes des CPN, de sorte qu'il faudrait ajuster vers le haut les taux relatifs aux clientes en question.

Les systèmes de surveillance par sentinelle fournissent un aperçu essentiel du cheminement de l'épidémie de VIH/SIDA, même si leur qualité est souvent erratique et irrégulière d'un site et d'une année à l'autre.

Références

1. Lucy M. Carpenter et al., « Estimates of the Impact of HIV-1 Infection on Fertility in a Rural Ugandan Population Cohort » ; et Ronald H. Gray et al., « Reduced Fertility in Women with HIV Infection: A Population-Based Study in Uganda ». (Communications à la conférence de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population sur l'impact socio-démographique du SIDA, Université du Natal, Durban Afrique du Sud, 3-6 fév., 1997.)

retomber sous le seuil des 50 ans considéré comme nécessaire au déclin prolongé de la fécondité.

La baisse de la fécondité est une réussite au Kenya. Et pourtant, malgré près de deux décennies de recul, le taux de fécondité y atteint encore 5,4

enfants par femme, un taux qui serait considéré comme élevé partout ailleurs au monde. De façon similaire, le taux de pratique contraceptive moderne est au Kenya (27 % en 1993) l'un des plus élevés d'Afrique, tout en restant modeste à l'échelle du monde.

La plupart des pays subsahariens n'ont guère progressé dans la transition de leur fécondité, ce qui contraste nettement avec la révolution contraceptive qui s'est répandue presque partout dans le monde en développement. Ceci ne les empêche pas de tirer les leçons des expériences faites pendant des décennies par d'autres pays en matière de programmes de planification familiale. Une fois la transition de la fécondité bien en marche, la connaissance et la pratique de cette planification pourraient gagner rapidement l'ensemble du sous-continent. En même temps cependant, celui-ci subit presque partout les ravages d'une épidémie, le VIH/SIDA, qui le plonge dans une crise de la santé reproductive susceptible de compromettre la transition de sa fécondité.

L'épidémie du VIH/SIDA

Le virus de l'immunodéficience humaine est celui qui provoque le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA). Le VIH détruit la capacité du corps à combattre les infections. Dans le monde en développement, presque toutes les personnes atteintes par le VIH meurent d'une maladie reliée au SIDA. Ces personnes peuvent n'afficher aucun symptôme du SIDA pendant plusieurs années tout en transmettant ce virus à d'autres adultes par relations sexuelles, à un enfant non encore né, à un nourrisson par allaitement, ou encore par le sang.

En Afrique la transmission du virus se fait dans l'ordre d'importance suivant: en tout premier lieu les relations hétérosexuelles, ensuite par la mère à son enfant avant, pendant ou après la naissance, tandis qu'en Afrique subsaharienne, les contacts avec du sang contaminé lors d'interventions médicales ou de l'utilisation d'aiguilles non stériles sont relativement peu fréquents.

L'épidémie du VIH/SIDA pose un sérieux problème dans beaucoup de

régions du monde, mais de façon particulièrement grave en Afrique. Selon les estimations du Programme des Nations Unies contre le SIDA (UNAIDS), les deux tiers des personnes infectées se trouvent en Afrique subsaharienne, soit 20,8 millions en 1997. C'est là aussi que vivent 90 % des 3,8 millions d'enfants de moins de 15 ans atteints par le virus, toujours selon les mêmes estimations. Celles-ci chiffrent en outre à environ 7 % la proportion d'adultes subsahariens (de 15 à 49 ans) porteurs du virus en 1997. C'est plusieurs fois plus que dans toute autre région du monde. En effet, cette proportion était la même année de 0,6 % en Amérique du Nord et de 1,0 % pour l'ensemble du monde.

L'étendue de l'épidémie ne se laisse pas aisément jauger, car la plupart des cas de SIDA ne sont jamais signalés. Les estimations nationales du VIH et du nombre de cas de SIDA sont le reflet des données des systèmes de surveillance par sentinelle (voir encadré 5, page 31) et de toutes autres données disponibles.

Pourquoi les niveaux de VIH sont-ils plus élevés en Afrique qu'ailleurs? Cette épidémie y dure probablement depuis plus longtemps que dans les autres régions en développement. Le signalement des premiers cas remonte au début des années 80. Bien que l'origine de cette épidémie reste inconnue, beaucoup la situent en Afrique.³⁵ Beaucoup de responsables politiques et médicaux accueillent très mal les rapports qui véhiculent cette thèse qui, pensent-ils, rend l'Afrique injustement responsable de cette épidémie. A la fin des années 90, les responsables se préoccupent cependant plus des effets de ce fléau que de ses origines.

Plusieurs facteurs sont responsables du haut niveau de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne et dans certaines régions spécifiques :

- La forte prévalence de certaines autres maladies sexuellement transmissibles (MST), telles que la gonorrhée et la chancroïde. Leur présence accroît sensiblement le



Dans certaines zones d'Afrique subsaharienne, les services de santé sont déjà débordés par la vague de patients atteints du VIH/SIDA et très mal préparés à faire face à l'accroissement prévu de cette clientèle dans la prochaine décennie.

concentration démographique et du fait que nombre de normes sociales qui limitent les contacts sexuels à la campagne s'effondrent dans l'environnement urbain.

- Les mouvements de réfugiés et transferts massifs de populations provoqués par les guerres et troubles civils et par les catastrophes naturelles.³⁷
- La pauvreté, la malnutrition et un état de santé généralement médiocre qui diminuent la capacité de lutter contre des infections de toute sorte, y compris les MST.

Ampleur de l'épidémie

Les premiers cas de SIDA ont été signalés au début des années 80 au Congo et aux environs du lac Victoria. Cette maladie s'est propagée rapidement partout en Afrique australe et orientale, mais beaucoup plus lentement dans la partie occidentale du continent.

L'épidémie a d'abord frappé des groupes spécifiques, dont une grande

partie ou la totalité des membres avaient des comportements sexuels à risque élevé, tels que les prostituées et leurs clients. Le virus s'est ensuite progressivement diffusé dans la population ordinaire, chez qui son contrôle est plus difficile.

En Afrique le VIH/SIDA se répand d'abord dans la population urbaine, surtout celle de sexe masculin. Avec le temps, il atteint les populations rurales, bien qu'avec des taux de prévalence inférieurs à ceux des villes, sauf dans les pays où cette prévalence est la plus forte. Au Kenya par exemple, le Programme national de contrôle du SIDA et des MST estimait en 1995 que la prévalence du VIH chez les adultes était deux fois plus forte en ville que dans les campagnes.³⁸ De même, le temps aidant, le nombre de femmes infectées rejoint, voire dépasse celui des hommes en Afrique subsaharienne.

L'épidémie du VIH est plus virulente en Afrique australe et orientale. Le Botswana et le Zimbabwe, dont au moins 20 % des adultes sont atteints, ont peut-être les taux les

plus élevés au monde (voir figure 9, p. 33). Même sans nouvelles infections, un adulte sur cinq risque de mourir dans ces deux pays d'une maladie liée au SIDA. En Afrique du Sud, on estime que 2,7 millions de personnes sont porteuses du virus en 1997, soit peut-être plus d'un adulte sur dix. Les pays d'Afrique australe disposent en effet d'un réseau routier et de transports relativement bon, et le niveau des migrations circulaires entre villes et campagnes est élevé, ce qui facilite la propagation de cette maladie.

En Namibie, au Swaziland et au Mozambique le taux d'infection chez les adultes est de 10 à 19 %, bien que le Mozambique ait tellement souffert de la guerre civile que personne ne sait vraiment quelle y est l'étendue de l'épidémie. Par contraste, à Madagascar, située à 160 kilomètres à l'est du continent africain, le niveau de prévalence du VIH est négligeable à l'échelle africaine (moins de 1 %) malgré l'essor du tourisme, une prostitution considérable et des taux élevés de MST.

En Zambie et au Malawi, en Afrique orientale, les taux de prévalence du VIH chez les adultes se situent entre 15 et 20 %. En Zambie, l'épidémie a progressé rapidement parce qu'une bonne partie de sa population se concentre le long d'un corridor ferroviaire relativement étroit qui s'étend de la ceinture de cuivre à Lusaka et, de là, jusqu'à Livingstone dans le sud du pays.

La prévalence du VIH est possiblement en baisse en Ouganda, qui est peut-être la plus ancienne victime de cette épidémie dans la région. Elle peut par contre se renforcer au Kenya, en Tanzanie et en Ethiopie, où elle atteint de 5 à 9 % des adultes depuis 1996.

Les taux de prévalence du VIH sont généralement inférieurs en Afrique centrale, mais ils pourraient y grimper rapidement dans les prochaines années. La propagation de l'épidémie a été ralentie par l'effondrement de l'infrastructure et des réseaux de transports de ce pays à l'époque du

président Mobutu Sese Seko. Les zones rurales restaient en effet largement isolées des zones urbaines, et c'était souvent des familles plutôt que des hommes célibataires qui les quittaient pour la ville. Les mouvements récents de soldats ont cependant certainement propagé le VIH à travers le pays. Les guerres civiles et déplacements de réfugiés ont probablement eu le même effet de propagation du virus au Rwanda, au Burundi et dans le sud du Soudan. Les pays d'Afrique centrale, à savoir la République du Congo, la République Centrafricaine, le Gabon et le Cameroun, ont des niveaux de MST parmi les plus élevés d'Afrique avec des taux de prévalence du VIH voisins ou supérieurs à 5 % et en croissance rapide.

Le tableau qu'offre à cet égard la majeure partie de l'Afrique occidentale est différent. La prévalence du VIH chez les adultes reste en-deçà des 5 %, sauf en Côte d'Ivoire, au Togo et au Burkina Faso.³⁹ La quête d'un travail déplace vers Abidjan, capitale de la Côte d'Ivoire, un grand nombre de jeunes hommes célibataires venant d'autres régions d'Afrique occidentale, ce qui explique en partie que la prévalence du VIH y soit plus forte. Le même mobile entraîne les migrations de travailleurs de sexe masculin entre leurs villages du Burkina Faso et les zones côtières. Chez les adultes du Nigeria, la prévalence reste probablement encore sous la barre des 5 %, mais ce pays compte un nombre élevé et croissant d'individus infectés par le VIH. En 1997, on estimait à 2,2 millions le nombre de personnes infectées, soit plus que dans tout autre pays africain, sauf l'Afrique du Sud.

Ajoutons que l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique occidentale relève d'un virus différent, le VIH-2, qui ne se transmet pas aussi facilement que le VIH-1, responsable du SIDA dans le reste de l'Afrique. Les experts du SIDA ne s'expliquent pas bien la présence d'un virus différent dans cette partie de l'Afrique ni quels facteurs biomédicaux, économiques et culturels peuvent y être responsables

des taux de prévalence inférieurs.⁴⁰ Néanmoins, l'Afrique occidentale compte déjà des millions de personnes séropositives et son taux de prévalence dépasse ceux de la plupart des autres régions du globe.

Les effets sur la mortalité

L'impact le plus évident de l'épidémie de VIH/SIDA se fait sentir au niveau des taux de mortalité, à la fois directement par les décès dus au SIDA qu'elle provoque et indirectement par la surcharge du système de santé, l'augmentation du nombre d'orphelins indigents et l'accélération de la propagation d'autres maladies telles que la tuberculose. Le SIDA fera aussi des coupes sombres dans les rangs des travailleurs expérimentés puisqu'il frappe plutôt les adultes aux âges les plus productifs.

L'intensité et le calendrier des effets du SIDA sur les taux de mortalité dépendent de deux facteurs.

Tout d'abord, cette épidémie n'a pas encore atteint son plafond en Afrique, sauf peut-être en Ouganda. Les experts ignorent quand ce plafond sera atteint dans un pays donné faute de renseignements sur l'histoire du déroulement de cette maladie. Il n'y a que peu de régions où la prévalence semble plafonner. Plusieurs pays ont mis en place des programmes d'intervention, dont l'efficacité et le ciblage varient cependant. Une épidémie qui démarre au début des années 80 n'atteindra probablement le sommet de sa courbe que tard dans les années 90 ou au début de la première décennie du XXI^e siècle, ce qui retarde ses effets les plus dévastateurs sur la mortalité.

En second lieu, la période d'incubation du virus VIH est longue, en moyenne de trois à dix ans avant que ne se déclarent les premiers symptômes du SIDA. L'Afrique subsaharienne de la fin des années 90 commence à peine à ressentir le plein impact de cette épidémie sur sa mortalité, dont les taux devraient grimper au cours de la décennie

suivante. A titre d'exemple, environ 200 000 personnes ont succombé à cette maladie au Zimbabwe depuis son apparition jusqu'en 1995, mais celle-ci ajoutera selon les projections 1,7 millions de décès dans ce pays entre 1995 et 2005.⁴¹

La mortalité par le SIDA efface les victoires durement conquises sur la mortalité infantile en Afrique subsaharienne. Au Zimbabwe, l'enquête EDS de 1994 révèle l'absence de tout recul de la mortalité entre zéro et cinq ans depuis l'enquête de 1988, alors que la tendance historique le laissait prévoir.⁴²

Les projections des Nations Unies et du Bureau du recensement des Etats-Unis annoncent que le SIDA fera baisser l'espérance de vie dans beaucoup de pays, renversant ainsi les progrès de longue durée obtenus depuis 50 ans. Au Botswana par exemple, les Nations Unies prévoient que l'espérance de vie à la naissance tombera de 61 ans à la fin des années 80 à 50 à la fin des années 90,⁴³ tandis que les projections du Bureau du recensement américain sont plus pessimistes encore, avec une chute jusqu'à 33 ans en l'an 2010.⁴⁴

La prochaine décennie verra mourir du SIDA 5, 10, voire 20 % des adultes dans nombre de pays subsahariens. Des centaines de milliers d'enfants et d'adultes additionnels deviendront séropositifs, avec à la clef des niveaux élevés de mortalité due au SIDA pendant une bonne partie du XXI^e siècle.

La plupart des études démographiques récentes portant sur l'Afrique concluent que la mortalité due au SIDA influencera la structure par âge et le taux de croissance de la population, mais n'entraînera pas celle-ci à la baisse. Au Kenya par exemple, les projections du Conseil national pour la population et le développement et du Programme national de contrôle du SIDA chiffrent la croissance démographique annuelle jusqu'en 2010 à 2,5 en l'absence du SIDA, mais prévient une croissance de 1,7 % même en présence de cette maladie.⁴⁵ Ce schéma est probablement valable

pour d'autres pays africains souffrant d'une prévalence élevée du VIH.

Effets socio-économiques et politiques

Les projections du Bureau du recensement des Etats-Unis laissent entrevoir pour la région subsaharienne la présence de jusqu'à 40 millions d'orphelins en l'an 2010, soit environ 16 % des enfants.⁴⁶ Au-delà des tragédies personnelles, cette explosion du nombre d'orphelins va représenter une charge sociale énorme. En Zambie, les orphelinats, qui avaient depuis longtemps disparu rouvrent leurs portes pour prendre en charge le nombre croissant d'orphelins du SIDA.

L'épidémie du VIH/SIDA alourdit en outre les charges qui pèsent sur les femmes même lorsqu'elles ne sont pas séropositives. En effet, lorsque cette maladie frappe un membre de la famille, la responsabilité des soins incombe de façon disproportionnée aux femmes et aux filles. Les veuves de sidéens perdent souvent leurs moyens de subsistance parce qu'elles n'ont ni propriétés ni droits à l'héritage dans beaucoup de pays.⁴⁷

Le SIDA aura aussi un impact économique même si la relation entre les deux ne saute pas aux yeux. L'impact est le plus dur chez les jeunes en âge de travailler, surtout entre 20 et 49 ans. Cette maladie et la mortalité qui s'en suit sont susceptibles de détériorer la quantité et la qualité de la main d'œuvre, de réduire la productivité et d'entraîner pour les entreprises des coûts additionnels et des pertes de revenus. Comme le montre par exemple une étude faite en Afrique du Sud, la mortalité due au SIDA pourrait accroître le coût des avantages sociaux de 7 % en 1995 à 19 % en 2005.⁴⁸

D'après certains analystes, l'impact global du SIDA sur le revenu par habitant serait négligeable. Même si l'épidémie est susceptible d'exercer un effet dépressif sur la productivité des économies africaines dans son ensemble⁴⁹, elle provoquera aussi une

réduction de la croissance démographique.

Traitements et interventions

Il existe un faible espoir de mutation du virus VIH vers une forme plus bénigne et de dépérissement naturel de l'épidémie. La probabilité en est cependant mince, tout comme celle de voir de nouveaux traitements venir secourir les sidéens d'Afrique. Par exemple, certaines combinaisons de médicaments — appelées thérapies combinées ou « cocktails » de médicaments — peuvent enrayer la progression du virus dans l'organisme, voire parfois le réduire en-deçà du seuil de détection. Cette thérapie combinée requiert cependant un protocole rigoureux dans l'administration des médicaments et des tests, qui est hors de portée de l'Afrique. Selon certaines estimations, les médicaments coûteraient annuellement près de 15 000 US \$ par patient, alors que beaucoup de gouvernements africains dépensent moins de 10 US \$ par habitant pour l'ensemble du secteur de la santé. Plus prometteurs sont des médicaments moins coûteux qui aident à prévenir la transmission périnatale du virus de la mère à son nourrisson. Leur utilisation pourra se répandre davantage dans la région subsaharienne.

Beaucoup de chercheurs et de décideurs politiques espèrent l'arrivée d'un vaccin contre le VIH. Dans la seconde moitié des années 90, au moins deux douzaines de vaccins expérimentaux sont à l'essai, et les tests pratiqués sur des animaux pour certains d'entre eux sont encourageants.⁵⁰ Il est cependant improbable qu'ils soient disponibles avant cinq à dix ans,⁵¹ et même si c'était le cas, les pays africains seraient confrontés aux problèmes logistiques décourageants posés par la vaccination d'un grand nombre de gens.

L'arrêt de la propagation du VIH demandera à la fois des mesures immédiates de la part des dirigeants politiques et des réformes et projets à long terme s'attaquant à certains des

facteurs culturels qui perpétuent la présence du SIDA, des MST et d'autres problèmes de santé qui en facilitent la diffusion en Afrique subsaharienne.

Il est primordial d'organiser une éducation du public sur les risques et les conséquences de la contamination par le VIH. Une connaissance adéquate aide en effet les individus à s'en protéger eux-même et à faire preuve d'ouverture d'esprit en écartant certains tabous attachés à cette contamination.

Certes, la plupart des gens sexuellement actifs connaissent le SIDA, mais souvent de façon inadéquate. Ainsi par exemple, environ le quart des femmes interrogées au milieu des années 90 au Manicaland en Zambie pensaient que le VIH pouvait se transmettre par des contacts occasionnels, et le tiers d'entre elles croyaient qu'il pouvait se transmettre par l'utilisation conjointe d'ustensiles ménagers.⁵²

Les dirigeants politiques, les travailleurs du secteur de la santé et les administrateurs auront comme tâche principale de convaincre les gens de modifier leurs comportements sexuels. Concrètement, le risque de contamination par le VIH peut être diminué de beaucoup si les gens réduisent le nombre de leurs partenaires sexuels, ont des relations sexuelles protégées (notamment grâce au préservatif), retardent — s'ils sont adolescents — le début de leur vie sexuelle active et, enfin, s'ils font soigner leurs autres MST. Ces changements des comportements peuvent être déclenchés et facilités par les médias, la publicité, l'éducation, les services de conseil ainsi que par les services de santé. Beaucoup de pays africains mettent les préservatifs à la disposition des gens en recourant à des moyens inédits jusque là, à savoir l'essor de la distribution par le secteur public, des programmes de marketing social et la promotion sur les lieux de travail,⁵³ avec comme résultat une augmentation de l'utilisation de ces préservatifs. Les programmes de prévention et de traitement des MST

sont également prometteurs. Selon une étude de 1995 à Mwanza en Tanzanie, un programme expérimental a obtenu une réduction de 42 % des nouvelles infections par le VIH.⁵⁴

Les programmes de services de conseil et de tests peuvent faciliter la réduction de la transmission périnatale. Les femmes séropositives peuvent, par exemple, choisir d'éviter des grossesses. Des programmes éducatifs peuvent aussi diffuser des avis pratiques découlant de nouvelles recherches. Les services de santé publique peuvent lutter contre l'infection due au VIH en testant les donneurs de sang potentiels et le sang récolté pour en garantir la pureté.

Chacune de ces interventions peut contribuer à endiguer l'épidémie, mais aucune d'entre elles ne sera par elle seule probablement adéquate. Dans la mesure où le public répond à des programmes et messages variés, on peut en maximiser l'impact sur l'épidémie en offrant un large éventail d'interventions, comme le montre la figure 10.

Ces interventions doivent être complétées par des réformes de structures visant des changements à long terme du contexte social. A titre d'exemple, les efforts pour améliorer la santé publique, promouvoir le statut de la femme et créer de nouveaux emplois peuvent aussi concourir à l'endiguement de l'épidémie du SIDA et réduire d'autres problèmes de santé.

Des signes encourageants laissent entrevoir un ralentissement de cette épidémie dans certaines zones. C'est certainement le cas de la prévalence du VIH en Ouganda. Une partie de la baisse peut résulter de la hausse de la mortalité chez les sidéens. En théorie, quand augmente le nombre des séropositifs qui contractent le SIDA et en meurent, la proportion de la population non contaminée grimpe et les taux de prévalence reculent. Certains observateurs notent cependant que d'autres pays dont l'épidémie ressemble à celle de l'Ouganda n'affichent pas de baisse de prévalence, et que la baisse est trop

abrupte en Ouganda pour s'expliquer par la seule hausse de la mortalité. Certaines enquêtes suggèrent qu'un changement fondamental des comportements pourrait être responsable du recul de la propagation du VIH dans ce pays.

Les taux de prévalence chez les jeunes de 15 à 19 ans semblent plafonner dans les campagnes ougandaises et baisser en ville. Les jeunes Ougandais attendent plus longtemps avant de devenir sexuellement actifs. Ils ont aussi moins de partenaires sexuels et sont plus susceptibles d'utiliser le préservatif lors de rencontres sexuelles à haut risque.

Certaines enquêtes dévoilent une corrélation entre le changement de comportement et le décès d'un proche parent ou ami, ce qui suggère qu'une mortalité en hausse est le catalyseur sinistre qui déclenche ce changement.⁵⁵ En même temps, le président de l'Ouganda, Yoweri Museveni et d'autres dirigeants apportent un solide appui politique aux efforts visant à maîtriser le SIDA, ce qui a facilité la diffusion auprès de la population de ce pays des connaissances relatives à cette maladie et à ses conséquences.

Autres problèmes de santé de la reproduction

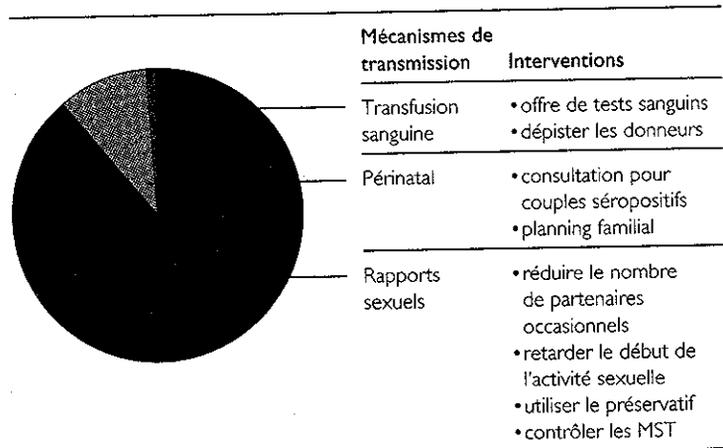
En plus de l'épidémie de VIH/SIDA, l'Afrique se débat avec une série d'autres problèmes de santé de la reproduction, liés à la transition de la fécondité. Il s'agit de la circoncision des filles, de l'avortement, de la maternité sans risque et de la fécondité des adolescentes.

Circoncision féminine

La circoncision ou mutilation génitale des filles comprend l'excision du clitoris et l'ablation d'autres parties génitales. On peut la regrouper en deux grandes catégories, la clitoridectomie et l'infibulation. La première, qui ampute une partie ou la

Figure 10

Mécanismes principaux de transmission du VIH en Afrique subsaharienne et interventions susceptibles d'en freiner l'infection



Source : John Stover, The Futures Group International.

totalité du clitoris, compte probablement pour près de 80 % des circoncisions féminines en Afrique.

L'infibulation, moins courante, est une intervention plus radicale. Dans sa version complète, elle implique à la fois l'excision du clitoris et l'ablation des lèvres qui, réduites à des surfaces rugueuses, sont ensuite cousues ensemble avec du fil, des épines ou d'autres substances de manière à ne laisser qu'un étroit passage pour l'urine et le sang menstruel.

Cette circoncision féminine se pratique habituellement sans anesthésie sur des nourrissons, de jeunes enfants ou des adolescentes à l'aide d'instruments rudimentaires dans des conditions d'hygiène déplorable. Elle occasionne souvent de l'inconfort la vie durant, prive les femmes d'une activité sexuelle normale et les rend très vulnérables aux infections.⁵⁶

En Afrique, le nombre de femmes circoncises atteint les 100 millions, et au moins un million de filles subissent cette opération chaque année. Cette pratique est quasi universelle dans la Corne de l'Afrique et dans les pays voisins. Par exemple, l'enquête EDS de 1995 en Erythrée chiffre à 95 % la proportion de répondantes circon-



Les soins pré- et post-natals ont fait baisser les taux de mortalité maternelle dans certaines régions d'Afrique, mais ces taux restent élevés.

cises. Dans ces pays, les femmes de toutes les couches sociales et économiques acceptent cette pratique.⁵⁷

La circoncision féminine reste commune dans les zones rurales du Kenya ; une femme sur deux est circoncise dans ce pays. Cette pratique prévaut également au Sahel (Afrique occidentale) et dans des groupes tribaux spécifiques de Tanzanie, d'Ouganda et du Congo. Bien qu'elle existe sur le continent chez des gens de toute religion, elle est prédominante chez les musulmanes.⁵⁸

Certains spécialistes situent l'origine de la circoncision féminine dans l'ancienne Egypte comme moyen de limiter la liberté sexuelle et de freiner les grossesses chez les jeunes esclaves. Plus tard, elle était décrite comme moyen de protéger les filles contre les attaques de maraudeurs. On la justifie souvent au nom de la religion, islamique surtout. Pourtant beaucoup de pays islamiques, parmi

lesquels l'Arabie saoudite, ne pratiquent pas la circoncision des femmes, et des érudits islamiques font remarquer que le Coran n'approuve pas cette pratique.⁵⁹

On voit habituellement dans la circoncision des femmes un symbole de leur statut inférieur par rapport aux hommes. Leur mariage définit leur rôle social et leur procure la sécurité économique ; on peut alors voir dans la circoncision un moyen de renforcer les liens matrimoniaux. Ce sont les femmes qui perpétuent cette pratique et qui l'exercent habituellement à la demande des mères et grands-mères.⁶⁰

La circoncision féminine fait preuve d'une capacité de survie remarquable, même si de nombreux pays africains en interdisent maintenant la pratique. Nombreux sont les groupes de pression locaux qui s'y opposent et cherchent à éduquer les gens sur ses conséquences. Cette réforme peut cependant apparaître comme une tentative par l'extérieur de miner l'héritage culturel d'un pays et de lui imposer des valeurs étrangères.⁶¹

Avortement

L'avortement est sujet à controverse et à affrontements en Afrique subsaharienne. Le débat y prend la même forme que dans d'autres pays.⁶² Ses adversaires le voient comme une violation intolérable de la sainteté de la vie humaine et se battent pour qu'il devienne ou reste illégal.

Ceux qui veulent que l'avortement soit légalisé et accessible invoquent souvent des motifs de santé publique. Ils rendent en effet l'avortement clandestin en bonne partie responsable de la mortalité en couches extrêmement élevée en Afrique subsaharienne, bien qu'il n'existe aucune statistique sur le nombre d'avortements à risque.

On ignore l'ampleur de ce phénomène en Afrique subsaharienne, mais certains experts évaluent à environ 3 millions par an le nombre d'avortements dans la région.⁶³ Le Dr. Fred

Sai, ancien président de la Fédération internationale de planning familial (IPPF) et l'un des dirigeants de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994, parle d'au moins 150 000 décès par an liés aux grossesses en Afrique, dont entre le quart et la moitié résultent d'avortements provoqués dans des conditions à haut risque.⁶⁴ Il note que les services de santé sont souvent tellement médiocres en Afrique qu'un changement de la loi ne modifierait guère l'accessibilité des services concernés.

L'Afrique du Sud mise à part, l'avortement est illégal ou sévèrement restreint en Afrique subsaharienne. Ironie de l'histoire, les lois réglementant les interruptions de grossesses sont un legs des anciennes puissances coloniales qui ont libéralisé depuis lors leurs propres lois.⁶⁵ Cependant, même là où les lois sont restrictives, elles sont rarement appliquées avec rigueur. Dans deux grands pays réputés avoir des taux d'avortement élevés, le Nigeria et le Kenya, les quelques cas soumis aux tribunaux concernent habituellement des abus flagrants commis par des praticiens incompétents ayant entraîné le décès de la femme. En règle générale, l'avortement est accessible sans crainte de poursuites.⁶⁶ Certains observateurs notent que les médecins, surtout ceux des services de santé publique, sont mal payés dans la région, de sorte que certains offrent des services d'avortement comme activité d'appoint.

La Zambie est l'exemple d'un pays qui a modifié ses lois de l'époque coloniale. La réforme, qui remonte à 1972, autorise l'avortement non seulement pour protéger la santé physique ou mentale de la femme mais aussi celle de tout enfant en vie. Cette loi plus libérale ne semble pourtant pas avoir fait échec aux avortements clandestins. La loi requiert en toute circonstance l'opinion de trois professionnels de la santé dûment certifiés, dont au moins un spécialiste en obstétrique et gynécologie. L'interruption de la

grossesse doit se faire en milieu hospitalier. C'est dire que l'obtention d'un avortement légal se heurte à de formidables obstacles en Zambie, tout comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.⁶⁷

L'Afrique du Sud a depuis peu adopté la législation la plus libérale du continent en matière d'avortement. Son Parlement, sous la gouverne du Congrès national africain, a voté en 1996 la loi du Choix de l'interruption des grossesses, qui permet l'avortement sur demande jusqu'à douze semaines et le rend facilement accessible jusqu'à la 20^e semaine. Cette loi est entrée en vigueur en février 1997 et le personnel médical a pratiqué 7 000 avortements dans les cinq mois suivants. L'Afrique du Sud prévoit de décentraliser le système en confiant aux centres de santé de première ligne les avortements du premier trimestre, qui demandent des interventions chirurgicales relativement simples. Les opposants à la nouvelle loi sont nombreux et virulents mais aucun sondage d'opinion ne permet d'en déterminer les effectifs.⁶⁸

Quel sort l'avenir réserve-t-il alors à l'avortement dans la région ? Certains observateurs suggèrent que peu importe la réforme, elle interviendra par bribes et morceaux avec une extension progressive des motifs d'avortement autorisé.⁶⁹ L'opposition, très répandue, qui relève en bonne partie d'objections religieuses, se poursuivra probablement aussi, y compris la résistance passive du personnel médical. En Afrique du Sud et en Zambie, en effet, les médecins et leurs auxiliaires refusent souvent de pratiquer des avortements.

La planification des naissances représente peut-être un point sur lequel les deux camps tombent d'accord. Les études portant sur des Africaines ayant subi des avortements montrent qu'une forte proportion d'entre elles n'ont jamais utilisé quelque contraceptif que ce soit. En répondant à une partie des énormes besoins non satisfaits de planification des naissances en Afrique

Tableau 6

Ratios de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, années 90

Région	Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes			
	1 200 à 1 800	800 à 1 199	500 à 799	Moins de 500
Afrique orientale	Burundi, Erythrée, Ethiopie, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Somalie	Zambie	Kenya, Soudan, Tanzanie, Zimbabwe	Madagascar
Afrique centrale	Angola, Tchad	Congo (ex-Zaire), Rép. du Congo	Cameroun, Gabon, Rép. Centrafricaine	
Afrique australe			Lesotho, Swaziland	Afrique du Sud, Botswana, Namibie
Afrique occidentale	Guinée, Mali, Niger, Sierra Leone	Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée Bissau, Mauritanie, Nigeria	Libéria, Togo	

Source: FNUAP, *L'Etat de la population mondiale, 1997*: 67; et (pour le Swaziland) Carl Haub et Diana Cornelius, Population Reference Bureau, *1997 Population mondiale*.

subsaharienne, on pourrait réduire le nombre des grossesses non désirées et dès lors abaisser peut-être le recours aux services d'avortements légaux et clandestins. Etant donné qu'une forte proportion des avortements concerne les adolescentes, les programmes d'éducation à la vie familiale pourraient aider à retarder l'âge moyen du début de l'activité sexuelle et favoriser la pratique de la contraception chez les jeunes sexuellement actifs.⁷⁰ Ajoutons que les recherches montrent la quasi absence de services de conseil ou de soins destinés, après un avortement, à traiter les complications ou à offrir la planification familiale comme moyen d'éviter de nouveaux avortements.⁷¹

Maternité sans risques

L'« Initiative pour la maternité sans risques » a vu le jour lors d'une rencontre internationale à Nairobi (Kenya) en 1987 visant à réduire les taux élevés de mortalité et de morbidité des mères dans les pays en développement. Beaucoup d'Etats africains ont adopté des programmes similaires vers la fin des années 80 et

au début des années 90. Ces efforts ont reçu un nouvel élan à l'occasion de la CIPD du Caire en 1994, du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague en 1995 et de la Quatrième conférence mondiale des femmes à Pékin la même année.⁷²

L'Organisation mondiale de la santé identifie quatre stratégies fondamentales de soutien à l'initiative pour la maternité sans risques : le planning familial, les soins prénatals, les accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, et enfin les soins obstétriques de base. La planification familiale aide les femmes à éviter les grossesses non désirées et les avortements. Certaines méthodes de contraception, dont notamment le préservatif, contribuent à la prévention de la propagation des maladies transmises sexuellement et notamment le VIH/SIDA. Le planning familial permet aussi aux femmes d'éviter des grossesses à risque élevé, définies habituellement comme celles qui surviennent chez de très jeunes femmes, qui suivent la précédente dans un intervalle inférieur à deux ans ou qui se produisent chez des femmes âgées déjà plusieurs fois mères. Les

soins prénatals et obstétricaux contribuent à la santé générale et à la nutrition des femmes et leur évitent des complications. Ils peuvent aider à identifier et à traiter ces complications et les risques qui précèdent ou accompagnent la grossesse et suivent l'accouchement. Les pratiques d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité peuvent aider à détecter des complications survenant lors de l'accouchement et à les soigner.⁷³

La politique de maternité sans risques est une initiative importante qui reconnaît l'existence des niveaux élevés de mortalité et de morbidité maternelles et identifie des stratégies capables de les réduire. En même temps, il faudra du temps pour susciter la volonté politique requise, mobiliser suffisamment de ressources et mettre ces programmes en œuvre dans une Afrique subsaharienne dont les Etats dépensent souvent moins de 10 US \$ par habitant pour l'ensemble du secteur de la santé et où l'épidémie de VIH/SIDA ravage de nombreux pays. Entretemps, l'Afrique subsaharienne continue à avoir les niveaux de mortalité maternelle les plus élevés du monde. Selon le Fonds des Nations Unies pour les activités de population (FNUAP), la proportion de décès maternels (le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances) est de 600 à 1 500 dans la plupart des pays (voir tableau 6). Rien n'indique encore une baisse de cette mortalité depuis l'adoption de l'Initiative pour la maternité sans risques.

Fécondité des adolescentes

On se préoccupe aussi de plus en plus en Afrique subsaharienne des besoins de santé de la reproduction chez les adolescentes,⁷⁴ et cela pour quatre raisons : on constate dans certains pays une augmentation du nombre de naissances dans ce groupe d'âge ; cet groupe, par ailleurs est durement frappé par l'épidémie de VIH/SIDA. La troisième raison est que les taux de fécondité à ces jeunes âges jouent un

rôle plus important dans la transition de la fécondité qu'ailleurs dans le monde. Enfin, les jeunes adultes représentent une fraction importante et croissante de la population de nombreux pays. Selon la variante médiane des projections démographiques des Nations Unies, l'effectif de la classe d'âge de 15 à 24 ans de la population subsaharienne passera de 113 millions en 1995 à 178 millions en 2010.⁷⁵

La grossesse est chose courante chez les jeunes de moins de 20 ans en Afrique subsaharienne. Par exemple, les données des enquêtes EDS montrent que parmi les femmes âgées alors de 20 à 24 ans, la proportion de celles qui étaient devenues mères avant 20 ans, tout en étant mariées pour la plupart, s'établissait à 55 % au Botswana, 52 au Kenya, 70 au Mali et 54 au Nigeria.⁷⁶ Se marier et avoir des enfants avant 20 ans est en effet chose courante et jugée normale dans cette région.

Pourtant, la hausse des taux de fécondité chez les adolescentes célibataires de certains pays suscite depuis peu des inquiétudes. Dans l'ensemble, il y a probablement une légère baisse des taux de fécondité générale un peu partout dans cette région, mais c'est la proportion de célibataires parmi les jeunes mères qui est à la hausse, surtout en milieu urbain. Avec l'amélioration de la santé depuis quelques décennies, les premières menstruations sont plus précoces tandis que l'âge moyen au premier mariage est à la hausse dans la plupart des pays. Dès lors, l'intervalle entre les deux phénomènes s'accroît, contribuant ainsi à l'augmentation de la proportion des mères célibataires de moins de 20 ans. En outre, et surtout en milieu urbain, les jeunes gens subissent moins de restrictions dans leurs comportements sexuels qu'autrefois.⁷⁷

Dans cette partie du monde, le mariage représente souvent une démarche de longue durée qui passe par plusieurs étapes. Cette fluidité permet difficilement de fixer avec précision l'âge au mariage des jeunes

et, dès lors, d'identifier toujours les naissances prémaritales. Une étude récente identifie cependant deux conditions préalables raisonnablement précises pour qu'une grossesse obtienne l'approbation sociale en Afrique subsaharienne : (1) il faut que les parents aient accompli les rites préparatoires et reçu une formation adéquate pour assumer leurs responsabilités d'adultes, et (2) l'enfant doit avoir un père reconnu qui le fera bénéficier du support de sa famille.⁷⁸ Grossesse et éducation sont considérées comme incompatibles, de sorte qu'une élève enceinte est habituellement renvoyée de l'école sans autorisation de retour.

En s'appuyant sur cette définition élargie de ce qui distingue une naissance légitime d'une naissance de mère célibataire, les chercheurs découvrent une grande variance dans la fécondité des adolescentes célibataires d'Afrique subsaharienne. Dans un premier groupe de pays, où figurent le Botswana et le Kenya, il y a manifestement hausse du nombre d'enfants nés de ces adolescentes célibataires. Il n'est pas surprenant que ces pays affichent aussi un relèvement de l'âge au mariage et de la proportion de jeunes filles inscrites dans l'enseignement secondaire.

Dans un deuxième groupe de pays, composé du Libéria (avant la guerre civile), de l'Ouganda et du Zimbabwe, le tableau est similaire bien que moins prononcé. Enfin, dans un troisième groupe de pays, composé du Burundi, du Ghana, du Mali, du Nigeria, du Sénégal et du Togo, le nombre de grossesses chez les adolescentes célibataires n'a pas augmenté ou si peu, mais il en va de même de la fréquentation des écoles secondaires par ces jeunes filles.⁷⁹

Les naissances hors mariage chez les adolescentes sont donc en hausse parfois nette dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne. Entre autres conséquences sociales, ces naissances peuvent compromettre la formation et l'éducation des jeunes filles et mettre en danger la santé autant de la mère que de l'enfant. S'ajoute une propor-

tion non connue d'adolescentes enceintes qui subissent un avortement souvent clandestin et à risque.

Par contraste avec la situation vécue dans de nombreux pays d'Asie - où la fécondité a reculé lorsque les femmes arrêtaient d'avoir des enfants après un certain nombre de naissances - une pratique accrue de la contraception et une baisse de la fécondité chez les adolescentes, mariées et célibataires, pourraient contribuer de façon décisive à la transition de la fécondité dans la région.⁸⁰

L'augmentation de la fécondité des adolescentes célibataires dans au moins quelques pays a déclenché un intérêt en faveur de programmes adaptés aux besoins spécifiques de ces jeunes filles en matière de santé de la reproduction. Les programmes d'éducation à la vie familiale organisés dans les écoles et ailleurs visent à fournir aux jeunes une information essentielle, incluant la prise de conscience des avantages liés au report du début des activités sexuelles. La fourniture de contraceptifs aux adolescentes célibataires est plus controversée.

Ceux qui sont en faveur affirment qu'il y a tellement de jeunes adultes célibataires sexuellement actifs que c'est une mesure d'intérêt public de leur donner accès aux contraceptifs pour éviter des grossesses non désirées et des avortements, et réduire les risques de propagation du VIH et d'autres MST. D'autres se demandent si le libre accès des jeunes aux contraceptifs ne constitue pas qu'une réponse automatique aux complexités de leur sexualité — réponse qui sonne le glas de la formation morale de la jeunesse africaine et des droits des parents.

Conclusion

L'Afrique subsaharienne tend à se situer aux extrêmes. Les taux de natalité et de croissance démographique y sont plus élevés qu'ailleurs. L'épidémie de VIH/SIDA y sévit avec plus de virulence que dans d'autres

régions et y inverse les gains de longévité dans certains pays.

Le rythme de la croissance urbaine est plus rapide qu'ailleurs au monde et l'avenir de ce continent s'écrit progressivement dans ses zones urbaines et surtout dans ses grandes villes. La région a vécu l'un des exodes de réfugiés les plus massifs sous l'effet de guerres et de conflits internes. Dans les dernières années, c'est par milliers que les gens ont franchi les frontières nationales en quelques jours.

Les pays subsahariens sont parmi les plus pauvres au monde. Jamais auparavant un si grand nombre de pays n'a essayé de se développer en faisant face à une croissance démographique aussi rapide.

Les taux de mortalité et de maladie maternelles dépassent ceux du reste du monde, soulignant ainsi l'importance des initiatives de protection de la maternité. La circoncision féminine reste très répandue et porte préjudice à la vie de dizaines de millions de

femmes et de filles d'Afrique. Les adolescents et jeunes adultes forment ici, avec tous leurs besoins et problèmes spécifiques, une tranche plus large de la population que dans presque toutes les autres régions du monde.

En août 1997, le Président Sam Nujoma de Namibie, s'adressant à la Conférence afro-afro-américaine de Harare au Zimbabwe, parlait avec optimisme d'une renaissance africaine née de l'éclosion d'un nouveau leadership voué à un pragmatisme économique et politique et à une nouvelle perception de la place de l'Afrique dans le monde et dans l'économie internationale.⁸¹ Que cette renaissance puisse s'épanouir et l'Afrique subsaharienne participer pleinement au monde moderne des premières décennies du XXI^e siècle, voilà qui dépendra dans une mesure non négligeable de la capacité de ce sous-continent à résoudre ses problèmes de population et de santé de la reproduction.

Références

1. Carl Haub et Diana Cornelius, Population Reference Bureau, 1997 *Population mondiale* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1997).
2. Le Bureau du recensement des Etats Unis estime la population du Nigeria à 107 millions sur base du recensement nigerian de 1991. L'estimation des Nations Unies pour 1997 est de 118 millions sur base du même recensement mais compte tenu d'une sous-estimation de 13 %. Ce *Bulletin* utilise le chiffre des Nations Unies. Des controverses et des irrégularités ont entaché les recensements du Nigeria. C'est pourquoi une grande incertitude plane sur la taille de la population de ce pays.
3. Banque mondiale, *Pour un développement durable en Afrique sub-saharienne : Programme d'action conjoint* (Washington, DC : Banque mondiale, 1984) p. 1.
4. Nations Unies, *Perspectives sur la population mondiale : Révision 1996*, Annexe 1 : indicateurs démographiques, Annexes II et III, indicateurs démographiques par zone, région et pays principal (New York : Nations Unies, 1996).
5. Haub et Cornelius, *Population mondiale*.
6. Ibid.
7. Jay Olshansky et al., « Infectious and Parasitic Diseases — New and Ancient Threats to World Health, » *Population Bulletin* 52, n°2 (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1997) pp.5-7.
8. Voir Philip Martin et Jonas Widgren, « International Migration : A Global Challenge, » *Population Bulletin* 51, n° 1 (Washington, DC : Population Reference Bureau, 1996).
9. James D. Tarver, *Demography of Africa* (Westport, CT : Praeger, 1996) pp.91-98.
10. Thomas J. Goliber, « Foreword, » in *Urbanization in Africa : A Handbook*, (dir.) James D. Tarver (Westport, CT : Greenwood Press, 1994) xv.
11. Nations Unies, *Perspectives mondiales de l'urbanisation : Révision 1996*, Tableaux en annexe (New York : Nations Unies, 1997) tableau A.15 ; et John Oucho et William T.S. Gould, « Internal Migration, Urbanization, and Population Distribution, » in *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, (dir.) Karen A. Foote, Kenneth H. Hill et Linda G. Martin (Washington, DC : National Academy Press, 1993) pp.276-278.

12. U.S. Committee for Refugees, *World Refugee Survey 1997* (Washington, DC: Immigration and Refugee Services of America, 1997) pp.58-95.
13. John C. Caldwell et Pat Caldwell, « The Cultural Context of High Fertility in Sub-Saharan Africa, » *Population and Development Review* 13, n° 3 (juin 1993) p.434.
14. Programme de développement des Nations Unies, *Rapport sur le développement humain 1997* (New York : Oxford University Press, 1997) p. 243. Le total pour l'Afrique sub-saharienne inclut quelques-uns des petits pays insulaires.
15. La polygynie n'affaiblit pas toujours le statut des femmes. Elle donne par exemple aux veuves et divorcées l'occasion d'un remariage rapide, ce qui est important dans les sociétés où le mariage est universel. Ann R. Pebley et Wariara Mbugua, « Polygyny and Fertility in Sub-Saharan Africa, » *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, (dir.) Ron J. Lesthaeghe (Berkeley : University of California Press, 1989) p. 360.
16. Caldwell et Caldwell, « The Cultural Context of High Fertility. »
17. John C. Caldwell, « The Population Factor in African Change, » *Economic and Demographic Change in Africa*, (dir.) Archie Mafeje et Samir Radwan (Oxford : Clarendon Press, 1995) pp. 12-14, 18.
18. Nations Unies, *Perspectives sur la population mondiale : Révision 1996* ; et Haub et Cornelius, *1996 Population mondiale*.
19. Pradip K. Muhuri, Ann K. Blanc, et Shea O. Rutstein, « Socioeconomic Differentials in Fertility, » *Enquêtes démographiques et de santé : Etudes comparatives*, N° 13 (Calverton, MD : Macro International Inc., 1994) pp.8-9.
20. Barney Cohen, « Fertility Levels, Differentials and Trends, » in *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, (dir.) Karen A. Foote, Kenneth H. Hill et Linda G. Martin (Washington, DC : National Academy Press, 1993) pp. 53-54.
21. Dominique Meekers, « Education and Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa, » *International Review of Modern Sociology* 24 (printemps 1994) pp.1-43 ; et « Education and Adolescent Fertility, » *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, (dir.) Caroline Bledsoe et Barney Cohen (Washington, DC : National Academy Press, 1993) pp. 89-115.
22. National Statistics Office et Macro International Inc., *Eritrea Demographic and Health Survey, 1995* (Calverton, MD : National Statistics Office and Macro International Inc., 1995) pp. 95-96 ; *Nigeria Demographic and Health Survey 1990*, pp.73-74 ; et Nicaise Kodjogbe et al., *Enquête démographique et de santé, République du Bénin 1996* (Calverton, MD : Institut national de la statistique et de l'analyse économique et Macro International Inc.) pp. 96-99.
23. Ghana Statistical Service et Macro International Inc., *Ghana Demographic and Health Survey, 1993* (Calverton, MD : Ghana Statistical Service et Macro International Inc., 1994) pp. 73-75 ; *Eritrea Demographic and Health Survey, 1995*, pp. 90-92 ; et Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision et de la Statistique, Division des Statistiques démographiques et Macro International, Inc., *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1997 (EDS-III) : Rapport préliminaire* (Calverton, MD: Macro International Inc. et Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, 1997) pp. 14-16.
24. Charles F. Westoff et Akinrinola Bankole, « The Potential Demographic Significance of Unmet Need, » *International Family Planning Perspectives* 22 (mars 1996), pp. 16-20.
25. John C. Caldwell et Pat Caldwell, « The South African Fertility Decline, » *Population and Development Review* 19, n° 2 (juin 1993), p. 244.
26. Lesetedinyana T. Lesetedi et al., *Botswana Family Health Survey II, 1998* (Columbia, MD : Central Statistics Office, Ministry of Finance and Development Planning ; Family Health Division, Ministry of Health ; et Macro Systems Inc., 1989) pp. 22, 43.
27. William Brass et Carole L. Jolly, (dir.), *Population Dynamics of Kenya* (Washington, DC : National Academy Press, 1993) p.6.
28. Caldwell et Caldwell, « The South African Fertility Decline, » pp. 244-245.
29. Brass et Jolly, *Population Dynamics of Kenya*, pp. 3, 174.
30. Puumue Katjuanja, Stephen Titus, Maazuu Zauana et J. Ties Boerma, *Namibia Demographic and Health Survey 1992* (Columbia, MD : Ministry of Health and Social Services et Macro International Inc., 1993) pp. 19-21, 33-34.
31. *Ghana Demographic and Health Survey 1993*, pp. 23-25, 39-42.
32. Central Statistical Office and Ministry of Health (Zambia) et Macro International Inc., *Zambia Demographic and Health Survey 1996* (Calverton, MD : Central Statistical Office et Macro International Inc., 1997) pp. 31, 51-52.
33. Bureau of Statistics (Tanzania) et Macro International Inc., *Tanzania Demographic and Health Survey 1996* (Calverton, MD : Bureau of Statistics et Macro International Inc., 1997) pp.29, 45-46.
34. *Enquête démographique et de santé au Sénégal, 1997*, pp. 7, 11 ; et Gilles Pison, Kenneth Hill, Barney Cohen et Karen Foote (dir.), *Population Dynamics of Senegal*, (Washington, DC : National Academy Press, 1995) pp. 1-3.

35. Barney Cohen et James Trussell eds., *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa : Research and Data Priorities for the Social and Behavioral Sciences*. Groupe de travail sur les données et priorités de recherches pour arrêter le SIDA en Afrique subsaharienne. Comité de la population, Commission des sciences du comportement, des sciences sociales et de l'éducation, National Research Council (Washington, DC : National Academy Press, 1996) p. 48.
36. Cohen et Trussell, *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa*, p.93.
37. *Ibid.*, p. 58.
38. T.M. Okeyo, G.M. Baltazar, J. Stover et A. Johnston, eds., *AIDS in Kenya : Background, Projections, Impact and Interventions* 3e éd. (Nairobi, Kenya : National AIDS and STDs Control Programme, Ministry of Health et National Council for Population and Development, Office of the Vice-President and Ministry of Planning and National Development, 1996) p.88.
39. Le Centre des programmes internationaux de la Division de la population au sein du Bureau de recensement des Etats-Unis conserve une banque de données exhaustive concernant les études de prévalence du VIH. Les taux de prévalence mentionnés reflètent les interprétations des données existant dans les différents pays. Voir aussi Okeyo, Baltazar, Stover et Johnston, *AIDS in Kenya* ; et le Département du SIDA, Ministère de la santé, *AIDS in Ethiopia : Background, Projections, Impact, Interventions* (Addis Ababa, Ministère de la santé, 1996).
40. Cohen et Trussell, *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa* : p. 48.
41. National AIDS Coordination Programme. AIDS Impact Model (AIM) application, données non publiées.
42. Central Statistical Office (Zimbabwe) et Macro International Inc., *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1994* (Calverton, MD : Central Statistical Office et Macro International Inc., 1995) p. 100.
43. Nations Unies, *Perspectives sur la population mondiale : Révision 1996*.
44. Karen A. Stanecki et Peter O. Way, *The Demographic Impacts of HIV/AIDS : Perspectives from the World Population Profile : 1996*, International Programs Staff Paper N° 86 (Washington, DC : Bureau de recensement des Etats-Unis, Centre des programmes internationaux, Division de la population, 1997) p. 41.
45. Okeyo, Baltazar, Stover et Johnston, *AIDS in Kenya* : p. 28.
46. Susan C. Hunter et John Williamson, « Developing Strategies and Policies for Support of HIV/AIDS Infected and Affected Children » avant-projet, Rapport de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, 10 février 1997 : p. vi.
47. Voir notamment *Facing the Challenges of HIV, AIDS, STDs: A Gender-Based Response* (Amsterdam : Royal Tropical Institute (KIT) ; Harare : Southern Africa AIDS Information Dissemination Service (SAFAIDS) ; Genève : Organisation mondiale de la santé, Programme global sur le SIDA, 1995) pp.19-20.
48. Peter Doyle, Metropolitan Life, tel que cité dans René Loewenson et Alan Whiteside, « Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa : A Review of Current Research, » SAFAIDS *Occasional Paper Series* n° 2, éd. Helen Jackson (Harare, Zimbabwe : Southern Africa AIDS Information Dissemination Service (SAFAIDS), 1997) p.27.
49. Voir notamment les études sur la Tanzanie, le Cameroun et la Zambie, citées dans Alan Whiteside, « Projecting the Epidemic: Policy Makers and Planners Needs » (Communication à la conférence de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population sur l'impact socio-démographique du SIDA en Afrique, University of Natal, Durban, Afrique du Sud, 3 au 6 février 1997.
50. Sam Avrett, « A New Global Priority : Mobilizing for an AIDS Vaccine, » *NCIH Global AIDS Network Newsletter* (mai-juin 1997) p.5.
51. Cohen et Trussell, *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa* : 2, p. 51.
52. Simon Gregson, Tom Zhuwau, Roy M. Anderson et Stephen Chandiwana, *The Early Socio-Demographic Impact of the HIV-1 in Rural Zimbabwe : Summary Report of Findings from the Manicaland Study of HIV-1 and Fertility* (Harare, Zimbabwe : Blair Research Institute, 1996) pp. 21-23.
53. Cohen et Trussell, *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa*, pp.142-144, 166-168.
54. *Ibid.*, p.88.
55. Rand L. Stoneburner et Manuel Carballo, *An Assessment of Emerging Patterns of HIV Incidence in Uganda and Other East African Countries : Final Report of Consultation*, Family Health International AIDS Control and Prevention Project (Genève : Centre international pour la migration et la santé, 1997) pp. 1, 10-23, 39-44, 52.
56. Nahid Toubia, « Female Genital Mutilation and the Responsibility of Reproductive Health Professionals, » *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 101, n° 2 (août 1994) pp.127-129.
57. *Eritrea Demographic and Health Survey, 1995*, pp.165-166.

58. Toubia, « Female Genital Mutilation », pp. 129-130.
59. Debreh Gilbert, « Female Genital Mutilation : For the Sake of Purity and Control, » *Links: Health and Development Report 5* (hiver 1992/1993) pp. 7-8.
60. Gilbert, « Female Genital Mutilation, » pp. 7-8 ; « Female Genital Mutilation : A Traditional Rite That Affects Women's Health, » *Contraception Report* (mars 1995) p. 13; et Toubia, « Female Genital Mutilation », p. 132.
61. Howard W. French, « Human Rites : Africa's Culture War : Old Customs, New Values, » *New York Times*, 2 février 1997, section 4, p. 1.
62. Fred Sai, « An Overview of Unsafe Abortion in Africa, » *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health. Abortion in Africa 1* (mars 1996) p.2.
63. Edward Ejiro Emuveyan, « Profile of Abortion in Nigeria, » *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health. Abortion in Africa 1* (mars 1996) p. 10.
64. Sai, « Overview of Unsafe Abortion in Africa, » p. 2.
65. Ibid.
66. Khama O. Rogo, « Induced Abortion in Sub-Saharan Africa, » *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health. Abortion in Africa 1* (mars 1996) p. 17.
67. Rogo, « Induced Abortion in Sub-Saharan Africa, » p.17 ; et Rosemary Ndonyo Likwa et Maxine Whittaker, « The Characteristics of Women Presenting for Abortion and Complications of Illegal Abortions at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia : An Exploratory Study, » *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health. Abortion in Africa 1* (mars 1996) pp. 42-43.
68. « South Africa/Reproductive Health Care Still Lagging, » Inter Press Service, 29 mai 1997 ; « Over 7,000 S. Africans Opt for Newly Legal Abortion, » Reuters, 9 septembre 1997 ; et « South Africa : Abortion in Demand, » Inter Press Service, 2 avril 1997.
69. Richard B. Turkson, « Overview of the Legal Situation Regarding Abortion in Sub-Saharan Africa, » *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health, Abortion in Africa 1* (mars 1996) p.7.
70. Voir par exemple Likwa et Whittaker, « Characteristics of Women Presenting for Abortion, » pp.43-44.
71. Stephen N. Kinoti, Lynne Gaffikin, Janie Benson et Lori Ann Nicholson, *Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa*, Reproductive Health Research Programme of Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa (Baltimore : John Hopkins Program for International Education in Reproductive Health) pp. 93, 97.
72. Haub et Cornelius, *1997 Population mondiale*.
73. Organisation mondiale de la santé, Division de la santé de la reproduction (Soutien technique), *Programme sur la santé maternelle et infantile : Rapport d'avancement, 1993-1995* (Genève : OMS, 1996) pp. 10-11.
74. Cynthia B. Lloyd, « Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa, » *Population and Development Review* 20 (mars 1994) p. 194.
75. Nations Unies, *Perspectives sur la population mondiale : Révision 1996*.
76. *Botswana Family Health Survey II, 1988*, p. 27 ; *Kenya Demographic and Health Survey 1993*, p. 30 ; Salif Coulibaly et al., *Enquête démographique et de santé, Mali 1995-1996* (Calverton, MD : Cellule de planification et de statistique du Ministère de la santé, Direction nationale de la statistique et de l'Information, et Macro International Inc., 1996) p. 56 ; et *Nigeria Demographic and Health Survey 1990*, p. 32.
77. Caroline H. Bledsoe et Barney Cohen, (dir.), *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa* (Washington, DC : National Academy Press, 1993) pp. 168-170.
78. Ibid., p. 2.
79. Ibid., p. 32.
80. Voir par exemple John C. Caldwell, I.O. Orubuloye et Pat Caldwell, « Fertility Decline in Africa: A New Type of Transition ? » *Population and Development Review* 18 (juin 1992) pp. 216-217, 237-238.
81. Lynne Duke, « Africa Inching to Renewal from Economic Stagnation : Foreign Investment, Growth Rates on the Rise, » *The Washington Post*, 15 août 1997, section A, p. 32.