

10941

ETUDE DE POLITIQUE GENERALE
DE LA BANQUE MONDIALE

Croissance démographique et politiques de population en Afrique subsaharienne

DECEMBER
1986

FILE COPY





*Croissance
démographique et
politiques de population
en Afrique subsaharienne*

*Etude de politique générale
de la Banque mondiale*

*Croissance
démographique et
politiques de population
en Afrique subsaharienne*

*Banque mondiale
Washington, D.C., Etats - Unis*

Copyright © 1986 Banque internationale
pour la reconstruction et le développement/
Banque mondiale
1818 H Street, N.W., Washington, D.C. 20433, Etats-Unis

Tous droits réservés
Fait aux Etats-Unis d'Amérique
Première impression (édition anglaise) août 1986
Première impression (édition française) décembre 1986

Les opinions exprimées dans la présente étude ne reflètent pas nécessairement
les points de vue des Administrateurs de la Banque mondiale ni des
gouvernements qu'ils représentent.

Les cartes géographiques utilisées dans ce document n'ont d'autre objet que de
faciliter la lecture et n'impliquent de la part de la Banque mondiale et des
organisations qui lui sont affiliées aucun jugement quant au statut juridique
d'un pays, territoire, ville ou région quelconque, ni de ses autorités, quant au
tracé de ses frontières ni à son appartenance nationale.

**La Bibliothèque du Congrès des Etats-Unis a catalogué l'étude
sous le titre :**

Population growth and policies in Sub-Saharan Africa.

(A World Bank policy study)

Bibliography: p.

1. Africa, Sub-Saharan—Population. 2. Africa,
Sub-Saharan—Population policy. 3. Birth control—
Africa, Sub-Saharan. I. International Bank for
Reconstruction and Development. II. Series.

HB3661.A3P654 1986 304.6'2'0967 86-11017

ISBN 0-8213-0773-8

Edition française : ISBN 0-8213-0833-5 ISSN 259-5966

Avant-propos

La population de l'Afrique subsaharienne, qui est aujourd'hui de l'ordre de 470 millions d'habitants, pourrait en compter plus de 700 millions en l'an 2000. Jamais dans l'histoire de l'humanité, un groupe de pays ne s'est trouvé confronté au défi que représente le développement associé à une telle poussée démographique. Depuis leur accession à l'indépendance, les nations africaines se sont efforcées de relever le niveau de vie de leurs populations, aidées en cela par la communauté internationale. Mais les distorsions économiques et les chocs exogènes ont entraîné un ralentissement de la croissance du revenu par habitant, voire dans certains cas une stagnation totale au cours des dernières années. Les erreurs commises en matière de politique commerciale et de fixation des prix agricoles, l'augmentation des déficits budgétaires et la chute des cours de certaines exportations vitales se sont soldées par une croissance économique nulle ou, au mieux, atone.

L'élimination des distorsions induites par les politiques économiques est un problème majeur, qui a fait l'objet d'une étude récente de la Banque mondiale intitulée *Les besoins financiers de l'ajustement dans la croissance en Afrique subsaharienne, 1986-90*. Toutefois, le redressement des politiques économiques doit être complété par une action visant à desserrer la contrainte à long terme que représente le rapide accroissement de la population. Il y a quelques années encore, la croissance démographique ne posait, aux yeux des responsables africains, aucun problème et constituait même, pour certains d'entre eux, un atout économique et politique. Mais les points de vue évoluent rapidement. Constatant avec inquiétude que

l'explosion démographique entrave les efforts qu'ils déploient pour relever le niveau de vie des populations, un grand nombre de gouvernements africains s'emploient à mettre au point des stratégies destinées à ralentir l'accroissement de la population. Mais, si les points de vue changent dans les sphères officielles, il n'en demeure pas moins que, dans bien des pays, les responsables gouvernementaux et le public en général n'ont pas encore suffisamment conscience de l'urgence du problème démographique.

Le présent rapport prend acte de l'évolution des mentalités en Afrique. Il fournit les éléments d'appréciation nécessaires pour aider les Africains, tout d'abord à cerner le problème démographique dans toute sa complexité et ensuite à déterminer les moyens qui leur permettront de résoudre ces problèmes en fonction des besoins et des ressources de leurs propres pays. Ce rapport s'adresse à un vaste auditoire africain—non seulement aux dirigeants nationaux dans le sens étroit du terme, mais aussi à la grande communauté des experts, des administrateurs, des universitaires et des maîtres à penser.

Le rapport présente une analyse détaillée du problème démographique en Afrique et de ses causes fondamentales. Il souligne que le rapide accroissement des populations africaines n'est ni souhaitable ni nécessaire. Si les gouvernements concernés marquaient leur volonté de légitimer le planning familial et acceptaient de consacrer des crédits relativement modestes aux programmes de santé de base et de planning familial, ils pourraient répondre aux besoins de ceux qui, de plus en plus nombreux en Afrique, souhaitent avoir les moyens de décider du nombre de leurs

enfants et de l'espace des naissances. Comme le montre ce rapport, il est indéniable qu'il existe une demande non satisfaite de planning familial en Afrique, même parmi les classes pauvres, et il est possible de porter à 25 % le taux de prévalence des contraceptifs dans les dix prochaines années, ce qui permettrait de réduire de plus d'un point de pourcentage le taux d'accroissement de la population.

Mais pour réaliser cet objectif, les pouvoirs publics doivent montrer la voie en créant un environnement favorable au planning familial, en encourageant l'éducation du public et en lançant des opérations pilotes. Ils doivent cependant éviter que l'Etat ne devienne à plus long terme le seul ou même le principal responsable des services de planning familial. Les organisations non gouvernementales et, d'une façon plus générale, le secteur privé doivent jouer un rôle important et croissant dans les services de planning familial en particulier et dans tous les services qui touchent de près ou de loin la population en général.

Le coût direct des programmes destinés à abaisser la fécondité n'est pas élevé. A supposer que 25 % des couples utilisent des contraceptifs et qu'il en coûte 20 dollars par utilisateur actif (moins de 1 dollar par habitant), le coût de fonctionnement annuel des programmes passerait de 100 millions de dollars à l'heure actuelle à environ 640 millions de dollars en l'an 2000. Sur les 100 millions de dollars que coûtent les opérations de population conduites dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, la moitié est fournie par l'assistance extérieure; ces 50 millions de dollars représentent moins de 1 % du volume global de l'aide publique au développement, laquelle s'élève à 7 milliards de dollars. Le coût total des programmes de population prévus pour l'an 2000 étant beaucoup plus

élevé, l'aide extérieure publique devra être multipliée par six ou sept si l'on veut maintenir ce rapport de 50/50. Cela n'impliquera toutefois qu'une réaffectation minime des fonds alloués, même au niveau actuel de l'assistance totale au développement.

En ce qui la concerne, la Banque mondiale accroît rapidement le volume des prêts octroyés au titre des projets de population et de santé, comme promis lors de la Conférence internationale sur la population organisée par les Nations Unies à Mexico en 1984. Jusqu'en 1982, la Banque mondiale a engagé 35 millions de dollars au titre des projets de population et de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne (dans deux projets démographiques au Kenya). Depuis lors, elle a engagé 170 millions de dollars dans des projets de santé comportant des activités de planning familial dans le cadre des soins de santé de base (Botswana, Comores, Malawi, Mali et Sénégal), ainsi que dans des projets de santé et de population (Burkina Faso, Ghana, Lesotho, Niger, Nigéria et Rwanda).

Au cours des quatre prochaines années, nous espérons développer et multiplier encore les opérations de prêt pour les projets de santé et de population. Les requêtes formulées à ce sujet par les pays d'Afrique subsaharienne sont de plus en plus nombreuses, et nous espérons que le reste de la communauté des bailleurs de fonds s'associera à la Banque pour apporter l'aide sollicitée dans ce domaine, laquelle constitue un élément modeste, mais essentiel, de l'assistance au développement.

Ernest Stern
Premier Vice-Président
Opérations
Banque mondiale

Juillet 1986

Le présent rapport a été établi par la Division politique et recherche du Département des projets de population, santé et nutrition de la Banque mondiale. Barbara Herz et Ronald Ridker ont rédigé l'avant-projet de ce document. Edward Brown, Susan Cochrane, Althea Hill, T. J. Ho, Sulekha Patel, Susan Stout et K. C. Zachariah ont contribué à la rédaction de ce rapport qui a également bénéficié des conseils de Frederick T. Sai. Les versions préliminaires ont été soumises à l'examen de personnalités africaines et les points de vue des dirigeants africains ayant participé aux séminaires de Berlin en 1985 ont beaucoup contribué à la mise au point définitive du rapport, réalisée sous la direction de Nancy Birdsall. Les institutions des Nations Unies, les organismes d'aide bilatéraux, les pays membres de l'ONU et les organisations non gouvernementales ont généreusement accepté de fournir les informations dont ils disposaient. L'Agence norvégienne pour le développement international a fourni un concours financier pour la préparation des documents de référence.

Table des matières

Glossaire	viii
Termes démographiques	viii
Sigles	ix
Notes sur les données	x
Introduction et résumé	1
Croissance démographique et développement	2
Changements d'attitude à l'égard du planning familial	4
Réorientation de l'action des pouvoirs publics	6
1. Caractéristiques de la croissance démographique	9
Aperçu général de la situation démographique	9
Cause de l'accélération de la croissance démographique	12
Projections démographiques	15
2. Conséquences de l'accroissement rapide de la population	21
Les effets d'une fécondité élevée sur la santé maternelle et infantile	22
Effets de la rapidité de la croissance démographique sur l'économie	24
Conclusions	37
3. Ralentir la croissance démographique	38
Comment amener les couples à désirer des familles réduites	38
Création d'un consensus sur le planning familial	48
Demande potentielle de services de planning familial	50
4. L'extension des services de planning familial	55
Les services de planning familial actuels	55
Questions concernant le développement du planning familial	58
5. Le rôle des pouvoirs publics	67
Engagement politique, direction et création d'un consensus	67
Collecte de données, information en retour et recherche	67
Coordination des programmes publics et privés	69
Promotion des services privés	70
Le financement des programmes de planning familial	70
Données supplémentaires sur la population	74
Notice bibliographique	84
Annexe statistique	91

Glossaire

Termes démographiques

Cohorte. Ensemble des individus ayant vécu un événement semblable au cours d'une même période de temps. Par exemple, la cohorte de naissance de 1900 est composée des individus nés cette année-là. Il existe aussi des cohortes de mariage, des cohortes scolaires, etc.

Contraception. Effort délibéré de la part des couples pour éviter la conception par la continence périodique, le coït interrompu, la continence, la stérilisation masculine ou féminine, ou par l'utilisation de contraceptifs : stérilet, contraceptifs oraux, contraceptifs injectables, préservatifs masculins, spermicides et diaphragme.

Descendance finale. Nombre d'enfants nés vivants par femme d'une cohorte donnée à la fin de sa période de procréation.

Elan démographique. Tendance qu'a l'accroissement de la population à se poursuivre après que la fécondité est tombée au niveau de remplacement, car les cohortes d'individus en âge de procréer et plus jeunes, issues de l'accroissement de la fécondité ou de la baisse de la mortalité au cours des années qui ont précédé, sont nombreuses et en expansion.

Espérance de vie à la naissance. Nombre moyen d'années que durerait l'existence d'un nouveau-né si la mortalité par âge restait inchangée. L'espérance de vie à d'autres âges est le nombre moyen d'années que durera l'existence d'une personne ayant déjà atteint un âge donné. L'espérance de vie à partir de 5 ans peut

être nettement plus longue que l'espérance de vie à la naissance si le taux de mortalité infantile est élevé.

Fécondité. Nombre d'enfants nés d'un individu, d'un couple, d'un groupe ou d'une population.

Fécondité de remplacement. Niveau de fécondité auquel une cohorte de femmes n'a en moyenne qu'un nombre de filles suffisant pour "se remplacer". Par définition, le taux de remplacement est égal à un taux net de reproduction (voir définition ci-dessus) de 1. On peut aussi employer l'indice synthétique de fécondité pour mesurer la fécondité de remplacement. Aux Etats-Unis, on considère aujourd'hui qu'un indice synthétique de fécondité de 2,12 constitue le taux de remplacement; il est supérieur à 2 à cause de la mortalité et parce que le rapport des sexes est supérieur à 1 à la naissance. Plus la mortalité est élevée, plus le taux de fécondité de remplacement est élevé.

Femmes mariées en âge de procréer. Femmes mariées ou vivant au sein d'une union sexuelle stable, généralement âgées de 15 à 49 ans. Certains analystes ne font aller cet âge que jusqu'à 44 ans.

Fertilité. Aptitude physiologique d'une femme, d'un homme ou d'un couple à donner le jour à un enfant vivant.

Indice synthétique de fécondité. Nombre moyen d'enfants vivants qui seraient mis au monde par une femme (ou un groupe de femmes) pendant son existence si, lorsqu'elle est en âge de procréer, elle se conformait à chaque âge au taux de fécondité pertinent.

Mortalité. Action des décès sur l'évolution démographique.

Parité. Nombre d'enfants vivants déjà mis au monde par une femme.

Planning familial. Effort délibéré de la part des couples pour maîtriser le nombre et l'échelonnement des naissances.

Programmes de planning familial. Programmes qui fournissent des renseignements sur l'emploi des méthodes contraceptives et des services en la matière.

Rapport de dépendance économique. Rapport de la population dépendante à la population active, défini comme étant le rapport des jeunes (les moins de 15 ans) plus les personnes âgées (celles de 65 ans et plus) à la population en âge de travailler (les 15 à 64 ans).

Taux d'accroissement naturel. Taux auquel la population augmente (ou diminue) au cours d'une année donnée parce que le nombre des naissances est supérieur (ou inférieur) à celui des décès. Le taux d'accroissement naturel est égal à la différence entre le taux brut de natalité et le taux brut de mortalité pour 100 habitants. Il est aussi égal à la différence entre le taux d'accroissement de la population et l'émigration.

Taux d'accroissement de la population. Taux auquel une population augmente (ou diminue) au cours d'une année donnée, par suite de l'accroissement naturel et de la migration nette, en pourcentage de la population de référence.

Taux brut de mortalité. Nombre de décès pour 1.000 habitants pendant une année donnée.

Taux brut de natalité. Nombre de naissances pour 1.000 habitants pendant une année donnée.

Taux d'emploi des contraceptifs. Pourcentage de femmes mariées en âge de procréer qui utilisent (ou dont les maris utilisent) une forme de contraception.

Taux de mortalité infantile. Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1.000 naissances vivantes au cours d'une année donnée.

Taux de mortalité juvénile. Nombre de décès parmi les enfants de un à quatre ans au cours d'une année donnée pour 1.000 enfants appartenant à ce groupe d'âge.

Taux de mortalité maternelle. Nombre de décès de femmes imputables aux complications de la grossesse et de l'accouchement pour 100.000 naissances vivantes au cours d'une année donnée.

Taux net de reproduction. Nombre moyen de filles qu'une femme (ou un groupe de femmes) mettrait au monde compte tenu des taux de fécondité et de mortalité par âge pour une année donnée. Ce taux tient compte du fait que certaines femmes meurent alors qu'elles sont toujours en âge de procréer. Un taux net de reproduction de 1 signifie que chaque génération de mères a exactement le nombre de filles nécessaires pour se renouveler.

Urbanisation. Accroissement de la proportion de la population résidant en milieu urbain.

Sigles

APD	Aide publique au développement	FPIA	Association internationale du planning familial
ASV	Association pour la stérilisation volontaire	IPPF	Fédération internationale pour le planning familial
EMF	Enquête mondiale sur la fécondité	OMS	Organisation mondiale de la santé
EPC	Enquête sur la prévalence de la contraception	ONG	Organisation non gouvernementale
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	PIB	Produit intérieur brut
FISE	Fonds des Nations Unies pour l'enfance	PNB	Produit national brut
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population	USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international

Notes sur les données

- *L'Afrique subsaharienne*, qui fait l'objet du présent rapport, comprend les 47 pays situés au sud du Sahara (y compris l'Afrique du Sud), le Soudan, et l'île Sainte-Hélène, sous dépendance britannique.
- *Le court terme*, en analyse démographique, porte sur 25 ans, soit approximativement une génération.
- Les taux de croissance sont exprimés en valeur réelle, sauf indication contraire.
- Les dollars sont des dollars des Etats-Unis, sauf indication contraire.
- L'analyse démographique présentée dans ce document est fondée sur les données réunies pour le *Rapport sur le développement dans le monde 1985*. L'édition de 1986 retient des données différentes pour quelques pays. En raison des mises à jour périodiques, les statistiques relatives aux années passées diffèrent parfois de celles qui figurent dans des documents précédents de la Banque mondiale.

Introduction et résumé

L'urgence des besoins de l'Afrique suscite des préoccupations non seulement dans les pays concernés eux-mêmes, mais aussi dans le monde entier. L'Afrique est aujourd'hui le continent le plus pauvre de la planète et sa population s'accroît à une cadence sans précédent. Le développement doit progresser à un rythme extraordinaire si l'on veut améliorer le sort des Africains.

L'Afrique subsaharienne a de vastes ressources humaines et physiques et un important potentiel de développement. Pour réaliser ce potentiel, il faut trouver dès maintenant des solutions aux crises actuelles et déployer des efforts soutenus pour atténuer les contraintes qui à plus long terme entravent le développement. Ce n'est qu'alors que les conditions de vie de la majorité des populations africaines pourront s'améliorer. Il faut notamment adopter des politiques économiques plus efficaces, accorder une priorité accrue à l'agriculture et faire baisser les taux de fécondité de façon à ralentir l'accroissement démographique. Cette stratégie est décrite en détail dans le rapport de la Banque mondiale intitulé *Un programme d'action concertée pour le développement stable de l'Afrique au sud du Sahara* (1984). Le présent rapport analyse les conséquences économiques de la démographie galopante en Afrique ainsi que les politiques et programmes à mettre en oeuvre pour freiner l'accroissement de la population.

En 1984, dans le cadre des préparatifs de la Con-

férence internationale sur la population organisée sous l'égide des Nations Unies à Mexico, les gouvernements africains ont adopté le Programme d'action du Kilimandjaro sur la population (voir Encadré 1). Celui-ci soulignait que les taux de fécondité et de mortalité élevés du continent suscitaient de graves préoccupations car il était à craindre que les niveaux de vie qu'avaient pu atteindre les populations ne pouvaient être maintenus. Il recommandait que les programmes élaborés en vue d'accélérer le développement soient centrés sur des mesures tendant à contenir la pression démographique et à rééquilibrer la répartition de la population.

Cette déclaration traduit un changement par rapport à la position adoptée par nombre de pays de la région subsaharienne de l'Afrique lors de la Conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974. A l'époque, trois pays africains seulement (Botswana, Ghana et Kenya) cherchaient à ralentir leur croissance démographique. La moitié seulement des pays d'Afrique au sud du Sahara appuyaient la régulation des naissances, et encore en tant que mesure de santé, et aucun ne fournissait de services généralisés de planning familial. Aujourd'hui, plus des trois quarts des pays de la région apportent un soutien officiel à la régulation des naissances.

Le présent rapport tente d'analyser la situation face à ce changement de cap. Il comporte trois grands thèmes.

Encadré 1. Le Programme d'action du Kilimandjaro sur la population

Les représentants des gouvernements de la plupart des pays d'Afrique se sont réunis lors de la deuxième Conférence africaine sur la population, tenue sous l'égide des Nations Unies à Arusha (Tanzanie) en janvier 1984. Les participants ont passé en revue les progrès réalisés dans le cadre du Plan d'action mondial sur la population de 1974 et ont préparé la Conférence internationale sur la population organisée par les Nations Unies à Mexico en août 1984. La Conférence a formulé 93 recommandations, dont les suivantes :

Recommandations aux gouvernements africains

La population et les stratégies et politiques de développement

1. La population devrait être considérée comme un élément central lors de la formulation et de l'exécution des politiques et programmes de développement socio-économique accéléré.
7. Dans les efforts qu'ils déploient pour susciter une prise de conscience accrue des rapports qui existent entre population et développement, les gouvernements devraient s'efforcer de mieux informer les hommes politiques, les décideurs et le public en général de la dynamique de l'évolution démographique ainsi que de l'impact de cette évolution sur le développement actuel et futur.

Fécondité et planning familial

17. Les gouvernements devraient prendre les mesures appropriées pour protéger et appuyer la famille, qui est la cellule de base de la société.
20. Les pays sont instamment invités à incorporer des services de planning familial dans les services de santé maternelle et infantile.
23. Les gouvernements devraient veiller à ce que tous les couples ou toutes les personnes qui le souhaitent puissent avoir accès aux services de planning familial, gratuitement ou à des prix subventionnés.
29. Compte tenu du fait que l'âge moyen des femmes qui contractent un premier mariage est actuelle-

ment très bas, les programmes nationaux, et particulièrement les programmes éducatifs, devraient tendre à élever l'âge moyen du mariage.

Morbidité et mortalité

31. Les pays d'Afrique devraient développer les programmes nationaux destinés à réduire les taux de morbidité et de mortalité infantiles, juvéniles et maternelles, actuellement élevés, en particulier chez les mères et les enfants des régions rurales.

Le rôle des femmes dans le processus de développement

50. Les gouvernements devraient intensifier l'action entreprise en vue d'améliorer et de protéger les droits et le statut des femmes.
54. Les gouvernements devraient encourager tout particulièrement l'éducation des femmes et organiser des programmes spéciaux d'éducation et d'information sur la fécondité, la mortalité et les grossesses à haut risque.

Les jeunes et la procréation

63. Des cours sur la population et l'initiation à la vie familiale devraient être incorporés dans les programmes scolaires et les programmes de formation professionnelle pour aider les jeunes à se préparer à une parenté responsable.

Participation communautaire et rôle des organisations privées et non gouvernementales

82. Les gouvernements sont instamment invités à reconnaître et à soutenir l'action des organismes privés et des organisations non gouvernementales qui participent aux activités démographiques dans leurs pays respectifs.

Recommandations aux gouvernements et aux bailleurs de fonds

91. Les gouvernements et les organismes bailleurs de fonds sont instamment invités à continuer à fournir un concours financier et technique plus important aux pays d'Afrique pour les aider à réaliser leurs programmes de population, compte tenu de leurs besoins matériels et de leurs priorités propres.

Croissance démographique et développement

Le premier thème concerne les problèmes inquiétants que pose la rapidité de la croissance démographique en Afrique, qui ralentit le développement et réduit fortement les possibilités d'amélioration du niveau de vie des populations. Entre 1970 et 1982, le produit intérieur brut (PIB) de l'Afrique subsaharienne a progressé d'environ 3 % par an, soit en gros au même

rythme que la population : en d'autres termes, le revenu par habitant a pratiquement stagné lorsqu'on considère la région dans son ensemble. Il a en fait diminué puisque les termes de l'échange de l'Afrique se sont généralement dégradés. Dans les pays les plus pauvres, le PIB a augmenté encore plus lentement. Dans d'autres régions du monde en développement, où les taux d'expansion économique ont été comparables mais où l'accroissement démographique est

plus lent, le revenu par habitant s'est accru. En 1982, il s'élevait en moyenne à moins de 500 dollars dans la région subsaharienne de l'Afrique, mais il n'atteignait que 250 dollars à peu près dans la moitié des pays concernés.

Dans d'autres pays en développement, le taux de croissance démographique est en baisse. En Afrique toutefois, il s'est accéléré récemment : de 2,8 % par an en moyenne pendant la période 1970-82, il est passé à 3,1 % par an, devenant le plus élevé du monde. Les taux de croissance démographique varient d'un pays à un autre. Dans à peu près la moitié des pays toutefois, ils sont de l'ordre de 2,7 à 3,5 %, mais ils sont parfois bien plus élevés. Dans la plupart des pays où les taux sont inférieurs—par exemple en Guinée, en Sierra Leone, en Somalie et au Tchad—l'accroissement de la population est plus lent non pas parce que la fécondité est plus faible, mais parce que la mortalité est plus élevée.

En outre, faute de mesures expressément destinées à réduire les taux de natalité, l'accroissement de la population pourrait en fait s'accélérer dans bien des pays. Bien que les taux de mortalité en Afrique aient diminué d'un tiers environ entre 1960 et 1980—ce qui est une véritable performance—ils demeurent supérieurs à 15 pour 1.000 dans la plupart des pays, contre 7 à 8 pour 1.000 en Chine, au Mexique, aux Philippines, et en Thaïlande. A moins d'une catastrophe, ils devraient continuer à baisser à mesure que l'approvisionnement en denrées alimentaires s'améliore et que l'éducation, les réseaux d'eau potable et d'égouts et les services de santé se développent. Les taux de natalité pourraient eux aussi augmenter dans certains pays avec l'amélioration de la santé maternelle; en fait, ils ne semblent commencer à baisser que dans deux pays (Botswana et Zimbabwe). Il est donc possible que les taux de croissance démographique dans certains pays augmentent pendant un certain temps et il est peu probable qu'ils se stabilisent, sans parler même d'une diminution, avant au moins cinq à dix ans. Pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les projections de la Banque mondiale montrent que la population devrait continuer d'augmenter au rythme de 3 % par an presque jusqu'à la fin du siècle, et passer d'environ 460 millions d'habitants en 1985 à 730 millions en l'an 2000 et à 1,8 milliard en 2050. (Ces projections reposent sur l'hypothèse d'un progrès socio-économique continu et d'une certaine intensification des efforts déployés pour encourager le planning familial, ce qui permettrait de faire baisser la fécondité d'ici 5 à 10 ans. Si les actions

entreprises pour promouvoir le planning familial étaient mieux coordonnées, on pourrait réduire la fécondité plus rapidement et enrayer de façon bien plus sensible la poussée démographique, particulièrement après l'an 2000.)

En quoi cet accroissement rapide de la population constitue-t-il un problème? Quel que soit le pays, le revenu par habitant ne peut augmenter que si les gens ont les moyens de travailler de façon plus productive, que si le capital humain (santé et qualifications), le capital physique et les ressources naturelles peuvent être accumulés à un rythme plus rapide que la croissance démographique, ou que si le progrès technique permet d'utiliser plus efficacement les ressources disponibles. Or, à l'heure actuelle, la population africaine se multiplie à une telle cadence que, même si la mise en valeur des ressources humaines et autres s'effectuait à un rythme comparable à celui des pays développés au cours des 50 dernières années, le revenu par habitant ne pourrait augmenter de façon significative. Depuis l'indépendance, de nombreux pays de la région subsaharienne de l'Afrique ont entrepris de vastes programmes de développement. Toutefois, la situation initiale des nouvelles nations—manque d'infrastructure et d'éducation, et médiocrité de l'état sanitaire des populations—a limité la productivité des investissements supplémentaires qui ont été faits. Au cours des dix dernières années, les effets de la conjoncture internationale ont aggravé les conséquences des politiques économiques qui, dans certains pays, ont été maladroites. La rapidité de la croissance démographique a encore ajouté à ces difficultés.

Une population en accroissement rapide ne signifie pas seulement un ralentissement temporaire de l'augmentation du revenu par habitant. Elle peut aussi se traduire, à long terme, par une réduction du potentiel d'accélération de l'expansion économique et d'élévation du niveau de vie car elle peut entraîner une augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles, une dégradation accrue de l'environnement naturel dans les régions où la pression démographique est déjà forte, une aggravation des difficultés telle qu'elle empêche de développer les services d'éducation et de santé de base au-delà des niveaux rudimentaires actuels, ainsi qu'une diminution des salaires puisque la population active augmente plus rapidement que les nouveaux investissements.

D'après une étude de la FAO (Higgins et autres 1982), les terres d'Afrique pourraient théoriquement

nourrir convenablement plusieurs fois la population actuelle. Toutefois, cela supposerait des migrations importantes à l'intérieur des pays et entre pays, les populations quittant les régions plus peuplées pour s'installer dans celles qui le sont moins. Cela exigerait aussi des investissements dans l'irrigation et des techniques nouvelles, et il faudrait apporter aux petits exploitants une aide incomparablement plus importante que celle qu'on est en mesure d'apporter dans un avenir immédiat. Simplement pour maintenir les normes actuelles de nutrition, qui sont inadéquates, la production agricole en Afrique devrait régulièrement augmenter de plus de 3 % par an au cours des 20 prochaines années. Le recentrage des politiques agricoles y contribuerait certainement et, dans certains pays, ce taux de croissance agricole n'est pas irréalisable. Toutefois, pour l'ensemble de la région, une telle croissance est peu probable. Seul un petit nombre de pays, tous hors du continent africain, ont atteint des taux de croissance agricole supérieurs à 3 % par an pendant des périodes prolongées. La production agricole a augmenté de 2,5 % par an en Afrique subsaharienne pendant les années 60 et de 1,4 % par an pendant les années 70. Si les autres secteurs de l'économie ne se développent pas encore plus rapidement pour permettre à l'Afrique de financer ses importations de produits vivriers, l'Afrique deviendra de plus en plus tributaire de l'aide alimentaire. Entre-temps, la pression démographique contribue à la destruction permanente de forêts et d'autres ressources surexploitées. Les ressources communautaires souffrent particulièrement de cette surexploitation. La hausse constante des prix du bois de feu dans les régions urbaines est due à ce problème et grève lourdement le maigre budget des pauvres; dans certaines villes d'Afrique, l'achat de bois de feu absorbe actuellement jusqu'à 20 % du revenu des ménages pauvres.

Même dans les pays où la terre est abondante, où les ressources naturelles ne manquent pas à court terme et où les perspectives de l'agriculture sont relativement bonnes, le rapide accroissement de la population peut ralentir le développement car il rend difficile le financement des investissements nécessaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Dans la plupart des pays au sud du Sahara, les populations d'âge scolaire devraient au moins doubler au cours des vingt prochaines années. Nombre d'entre eux, comme le Bénin et la Côte d'Ivoire, consacrent actuellement 40 % de leur budget de fonctionnement à l'éducation, bien que les taux de

scolarisation ne soient pas supérieurs à 75 % au niveau du primaire et n'atteignent pas 25 % au niveau du secondaire; dans plusieurs pays, l'éducation absorbe environ 30 % des dépenses nationales. Selon les projections approximatives qui ont été établies, il faudrait, pour arriver à généraliser l'enseignement primaire et des services de santé rudimentaires d'ici quinze ans, non moins de la moitié des recettes publiques totales escomptées dans bien des pays d'Afrique, soit deux fois plus qu'actuellement.

Sur les plans de l'emploi et des salaires, la situation n'est pas brillante non plus. Une progression même modeste des revenus moyens exigerait des taux annuels de croissance d'au moins 3 % dans l'agriculture et de plus de 7 % dans l'industrie pendant les 20 prochaines années. Avec des réformes économiques à court terme, certains pays pourraient y parvenir, mais ils n'enregistreraient qu'une légère amélioration du niveau de vie moyen au cours des 20 années à venir.

Comme il semble impossible d'enrayer à court terme le rapide accroissement de la population, toute politique démographique globale en Afrique devra non seulement tendre à ralentir la poussée démographique, mais aussi comporter un programme d'action pour faire face aux conséquences de cet accroissement. Dans une large mesure, ces politiques relèvent de politiques de développement général tendant à encourager une utilisation optimale des ressources dans l'agriculture, l'aménagement de l'espace urbain, etc. Ces politiques générales ne sont pas abordées dans le présent rapport, ce qui ne signifie nullement qu'elles soient d'une importance secondaire. Nombre des problèmes posés par le rapide accroissement de la population sont aggravés précisément parce que les ajustements qui doivent être apportés dans d'autres secteurs sont entravés par des politiques qui faussent les décisions des différents agents économiques. La rapidité de l'accroissement de la population ne fait que souligner qu'il importe d'appliquer dans tous les secteurs des politiques économiques et sociales de nature à promouvoir l'expansion d'une façon aussi efficace que possible.

Changements d'attitude à l'égard du planning familial

Le second thème concerne l'optimisme prudent que fait naître l'évolution récente des idées et des comportements à l'égard de la procréation, évolution qui se manifeste sous divers aspects. En Afrique, comme

ailleurs, les pauvres considèrent qu'il est de leur intérêt d'avoir beaucoup d'enfants. Les enfants fournissent une aide précieuse dans les exploitations rurales; ils subviennent aux besoins de leurs parents âgés et les protègent. La persistance de la mortalité infantile renforce chez les couples le désir d'avoir beaucoup d'enfants; il veulent être sûrs que certains enfants au moins—particulièrement les garçons—leur resteront. Les structures familiales africaines ainsi que les relations traditionnelles entre hommes et femmes et entre jeunes et vieux reposent sur de puissantes forces pronatalistes. Les femmes se marient jeunes et leur statut, dans les communautés traditionnelles, est étroitement lié à la fécondité. Le coût de chaque enfant est moindre pour l'homme que pour la femme et, dans la mesure où c'est surtout de l'homme que dépend la décision d'avoir un autre enfant, la fécondité risque fort de demeurer élevée. La femme peut se rendre compte des effets que peuvent avoir des maternités répétées sur sa santé et sur celle de ses enfants; tel n'est pas toujours le cas de l'homme, qui s'occupe moins des enfants. Dans les ménages polygames en effet, chaque épouse est essentiellement responsable de ses propres enfants. Dans les familles élargies, les coûts que suppose une fécondité élevée sont plus largement répartis et ne sont supportés qu'en partie par le couple qui décide d'avoir des enfants, ce qui peut également encourager une forte fécondité. Enfin, jusqu'à tout récemment, les pouvoirs publics n'encourageaient pas l'utilisation des méthodes modernes de contraception. L'idée d'éviter une grossesse n'existait guère et suscitait souvent la réprobation sociale. Le résultat global est que la plupart des couples africains veulent avoir et ont beaucoup d'enfants. Les indices synthétiques de fécondité dépassent six enfants dans la plupart des pays du sud du Sahara et, dans nombre d'entre eux, le nombre idéal d'enfants souhaité par les familles est supérieur à sept.

Mais la situation évolue rapidement. De plus en plus de pays se préoccupent du problème et le planning familial fait de plus en plus d'adeptes. L'éducation des femmes se développe; entre 1970 et 1980, le taux de scolarisation primaire des filles au Kenya est passé de 50 à 95 %. De ce fait, le niveau moyen d'instruction des jeunes gens en âge de procréer s'élève. Une scolarisation plus poussée se traduit généralement par un abaissement de la fécondité. Dans les dix pays d'Afrique pour lesquels on dispose de statistiques, le nombre d'enfants souhaité par les femmes ayant au moins sept ans de scolarité est de

cinq en moyenne, contre près de huit chez les femmes non scolarisées. Dans ces pays, moins de 1 % des femmes non scolarisées utilisent des méthodes modernes de contraception; ce taux passe à 11 % chez les femmes qui ont au moins sept ans de scolarité.

La situation se modifie également à d'autres égards. Dans quelques pays, les soins de santé primaires se développent actuellement à un rythme accéléré. L'amélioration des soins de santé peut réduire la mortalité infantile et résoudre le problème de la stérilité qui, dans certaines régions d'Afrique, décourage tout désir de limitation des naissances. L'urbanisation progressive relâche les liens qui unissent la famille élargie et alourdit les charges financières que représentent les enfants pour les couples qui ont pris une certaine autonomie vis-à-vis de la famille élargie. Les lois et les règlements sont modifiés pour améliorer la condition féminine (au Kenya, la nouvelle législation permet désormais aux femmes d'hériter des terres). L'amélioration de la condition des femmes les aidera à se libérer de leurs rôles traditionnels qui encouragent une fécondité élevée et privent la société des avantages que représente la participation des femmes. Il faut pour cela élargir les possibilités économiques en ce qui concerne non seulement les droits fonciers, mais encore l'accès au crédit, les services de vulgarisation agricole et la formation.

Certains signes donnent heureusement à penser que les attitudes à l'égard de la régulation des naissances évoluent et que des programmes de planning familial bien conçus pourront donner des résultats à court terme en Afrique. Dans quelques pays, les contraceptifs sont de plus en plus utilisés; au Zimbabwe, les services se sont rapidement développés au cours des cinq dernières années, et l'emploi des contraceptifs à plus que doublé, passant de 10 à plus de 25 %. Dans bien des grandes villes d'Afrique, l'incidence accrue de l'avortement indique une importante demande latente de moyens modernes de contraception. Même sans bousculer les us et coutumes, il est possible faire des progrès considérables en matière de régulation des naissances. Les programmes visant à promouvoir l'utilisation des méthodes modernes de planning familial peuvent s'appuyer sur une très vieille tradition africaine, qui tend à se perdre et qui consiste à espacer les naissances grâce à l'allaitement maternel et à l'abstinence sexuelle pour donner à la mère et au nouveau-né un bon départ. Aujourd'hui mieux compris qu'il y a 20 ans, les avantages considérables pour la santé qu'offre le planning familial intéressent directement les pouvoirs

publics et les populations; le seul fait d'espacer les naissances de deux années ou plus permettrait de réduire la mortalité infantile de 12 à 20 % dans une grande partie de l'Afrique. Enfin, les méthodes relativement nouvelles d'organisation des services de planning familial, et notamment les antennes—qui emploient des agents paramédicaux et des assistants chargés de donner des informations et de fournir des services au sein même des collectivités concernées—ont déjà fait la preuve de leur efficacité, et leurs effets commencent à se faire sentir dans certaines régions d'Afrique.

L'expérience faite au Zimbabwe et dans certaines régions du Kenya, montre que l'on pourrait porter à 25 %, contre 3 à 4 % aujourd'hui, les taux d'emploi des contraceptifs en Afrique en élargissant l'accès aux services et en les systématisant. Dans certaines parties du monde, lorsque 3 à 4 % des couples seulement recourent à la contraception, les taux de natalité sont de l'ordre de 45 à 50 pour 1.000; lorsque environ 25 % des couples la pratiquent, les taux de natalité tombent à 35–40 pour 1.000. La tâche à accomplir est néanmoins considérable, ce qui nous amène au troisième thème.

Réorientation de l'action des pouvoirs publics

Le troisième thème est concret : si l'on veut obtenir des résultats rapides sur le plan démographique et si l'on veut élargir régulièrement les programmes de la population, il faudra réorienter la stratégie et la nature de l'intervention des pouvoirs publics. Dans le domaine de la politique démographique, l'engagement des responsables gouvernementaux doit aller au-delà de la rhétorique; il doit se traduire par une action concrète. Sauf dans quelques pays, la demande potentielle de services de planning familial est loin d'être satisfaite. A l'heure actuelle, de tous les pays d'Afrique au sud du Sahara, seul le Zimbabwe offre largement accès au planning familial à ceux qui vivent hors des régions urbaines. Au Botswana et au Kenya, les programmes sont bien avancés, mais leur utilisation effective demeure limitée. Plusieurs autres pays, tels que le Ghana, le Libéria, le Malawi, le Nigéria, le Rwanda et la Tanzanie, ont lancé des programmes, mais ils n'ont obtenu que des résultats limités jusqu'à présent. Dans la plupart des pays, les services ne sont fournis que dans des régions limitées et par de petites organisations non gouvernementales, qui manquent souvent de moyens financiers. Si l'on veut développer rapidement les services de plan-

ning familial, il faudra constamment repenser les approches classiques des programmes de régulation des naissances en fonction des besoins de l'Afrique. Les campagnes d'informations et les services de planning familial doivent s'adresser non seulement aux femmes mariées qui ont déjà quelques enfants, mais aussi aux hommes, aux célibataires, aux jeunes mariés et aux femmes plus âgées qui ne veulent plus d'enfants du tout. Le choix des méthodes contraceptives doit être élargi, et les restrictions imposées en ce qui concerne l'utilisation et la diffusion de contraceptifs injectables ainsi que les services de stérilisation peuvent être assouplies. Enfin, il faudra mettre à l'essai des systèmes communautaires de prestations de services et d'autres méthodes qui n'impliquent pas un personnel hautement qualifié ou des dispensaires classiques.

Même si les gouvernements sont les premiers à prôner la légitimité du planning familial et prennent l'initiative de réformes telles que l'élargissement du choix des méthodes de contraception, ils doivent délibérément éviter d'avoir le monopole des services de planning familial. En Afrique, les gouvernements comprennent de plus en plus qu'il n'est ni nécessaire ni souhaitable qu'ils prennent tout en main. Le même principe devrait être appliqué en matière de politique démographique : il n'est ni nécessaire ni souhaitable que les pouvoirs publics soient les seuls à assurer les services de planning familial.

On pourrait adopter une approche nettement africaine en encourageant délibérément le pluralisme des activités axées sur la diffusion des informations concernant la régulation des naissances et sur la prestation de services de planning familial en stimulant les initiatives des collectivités locales, des communautés et du secteur privé. Le succès de l'action entreprise par des groupes non gouvernementaux en matière de planning familial en Afrique, bien que celle-ci reste relativement modeste, prouve la viabilité d'une telle option. Encourager le pluralisme ne signifie pas que les pouvoirs publics n'auront aucun rôle à jouer, mais plutôt qu'il faut entreprendre une vaste gamme d'activités visant à faciliter les initiatives locales et les initiatives privées et à tirer parti des enseignements qui s'en dégagent. Il faudra pour cela faire des choix difficiles et décider de quelle manière et dans quel domaine il faut redéployer les ressources techniques et administratives limitées de l'Etat. Il ne saurait non plus être question que les pouvoirs publics se croient pour autant autorisés à ne prendre aucune initiative précise. C'est à eux qu'il appartient de donner l'im-

pulsion pour promouvoir la diffusion de l'information sur le planning familial et forger un consensus social sur sa légitimité. Dans les régions rurales notamment, où les services de santé modernes et en particulier les services de protection maternelle et infantile sont essentiellement assurés par le secteur public, il est possible que celui-ci doive, pendant un certain temps encore, demeurer l'acteur principal dans ce domaine.

En Afrique, le coût des services de planning familial n'est pas élevé en valeur absolue, mais il représente néanmoins une charge difficilement supportable pour les budgets nationaux. Si l'on tient compte de certains soins élémentaires de santé maternelle et infantile, ce coût varie entre 20 et 50 dollars par utilisateur, les coûts moyens diminuant lorsque les services s'améliorent et que le taux d'utilisation des contraceptifs atteint quelque 20 % des couples en âge de procréer. A long terme, un coût de 20 dollars par utilisateur représente une dépense d'environ 0,75 dollar par habitant, si l'on admet que 25 % environ des couples concernés utilisent des méthodes de régulation des naissances. A l'heure actuelle, les pays africains dépensent entre 3 et 15 dollars par habitant pour le secteur de la santé considéré dans son ensemble; on peut donc considérer qu'une dépense de 0,75 dollar par habitant pour le planning familial constitue un objectif raisonnable pour la prochaine décennie. (Les dépenses de santé devraient aussi augmenter au cours de cette période.) Si l'on veut que le planning familial constitue une solution réaliste pour les Africains comme elle l'est pour la plupart des autres habitants de la planète, il faudra accroître, pendant plusieurs dizaines d'années encore, l'aide qui leur est accordée non seulement pour la régulation des naissances, mais aussi pour la planification de la politique démographique, la collecte et l'analyse des données et la formation.

La Banque mondiale estime que tous les donateurs extérieurs qui financent des activités démographiques en Afrique devraient accroître cette aide au cours de la prochaine décennie dans toute la mesure permise par la capacité d'absorption des pays concernés. Etant donné les moyens limités dont disposent la plupart des pays africains pour financer de nouveaux programmes et les besoins impérieux de l'Afrique dans ce domaine, il n'est pas déraisonnable de demander aux bailleurs de fonds de financer 50 % des coûts des programmes démographiques au cours des dix années à venir. On peut tenir le même raisonne-

ment pour les programmes de santé qui s'y rapportent. Même si on triplait l'aide extérieure fournie au titre des activités démographiques, en d'autres termes si elle était portée de 53 à 160 millions de dollars, son montant par habitant passerait de 0,12 à à peine 0,36 dollar—soit la moitié du chiffre de 0,75 dollar susmentionné comme objectif global.

Pour sa part, la Banque considère l'aide à la solution des problèmes démographiques comme une priorité absolue en Afrique. Elle accélérera son financement au fur et à mesure que des programmes peuvent être élaborés. En fait, le seul facteur qui limite l'assistance de la Banque dans ce domaine, ce sont les difficultés liées au lancement de nouveaux programmes. La Banque reconnaît que tous les nouveaux programmes ne peuvent être couronnés de succès; lorsque les opérations se multiplient dans un domaine nouveau, il faut s'attendre à des échecs, mais ces échecs permettent de tirer des enseignements profitables pour l'avenir. Tant dans le cadre des dialogues qu'elle poursuit avec les Etats membres que dans le cadre de ses travaux de recherche, la Banque accordera une place plus importante aux problèmes démographiques. Elle s'attachera à promouvoir les services de santé de base, l'éducation des femmes et d'autres programmes de développement qui entraînent un changement de comportement à l'égard de la fécondité. Au cours des trois prochaines années, elle s'efforcera de doubler le montant de ses prêts au titre des projets de population et des programmes de santé qui s'y rattachent en Afrique subsaharienne, et elle s'efforcera de satisfaire les demandes que pourront lui présenter les gouvernements africains pour le financement de contraceptifs et de certaines dépenses renouvelables, ainsi que pour la formation, la construction de dispensaires, les campagnes d'information et l'assistance technique. La Banque s'efforcera d'établir une coopération plus étroite entre les pays en développement et les bailleurs de fonds pour que les ressources puissent être utilisées de façon plus efficace et que les demandes d'assistance soient plus largement satisfaites. Comme de nombreux pays d'Afrique, la Banque est convaincue que le ralentissement de la croissance démographique au cours des quelques dizaines d'années à venir peut, dans le cadre de stratégies de développement plus vastes, contribuer à soulager la misère et à élever le niveau de vie des populations africaines. Faute d'une action en ce sens, les conditions d'existence de ces populations risquent d'empirer.

1

Caractéristiques de la croissance démographique

Le présent chapitre décrit la situation démographique actuelle de l'Afrique et présente des projections de l'évolution démographique dans ce continent jusqu'en 2050. Les statistiques démographiques de l'Afrique subsaharienne demeurent fragmentaires et relativement fragiles, mais elles se sont grandement améliorées depuis quelques années. Un recensement a été effectué récemment dans la plupart des pays, et l'Enquête mondiale sur la fécondité réalisée il y a peu de temps a permis de recueillir des données détaillées sur la fécondité et la mortalité dans dix pays (Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Lesotho, Mauritanie, Nigéria, Sénégal et Soudan). On dispose d'informations suffisantes pour donner des indications sur la taille de la population, les taux de fécondité et de mortalité et le taux de croissance démographique de l'Afrique. Toutefois, les données détaillées nécessaires pour la planification démographique et socio-économique font encore défaut dans la plupart des pays.

Aperçu général de la situation démographique

L'Afrique subsaharienne est une mosaïque. Elle compte 459 millions d'habitants répartis en plus de 800 groupes ethniques. Si l'on en juge d'après les normes mondiales, presque tous les pays d'Afrique sont peu peuplés. Six d'entre eux seulement (Ethiopie, Kenya, Nigéria, Soudan, Tanzanie et Zaïre) ont une population de plus de 20 millions d'habitants; hormis l'Ethiopie et le Nigéria, qui comptent respectivement

environ 42 millions et 100 millions d'âmes, aucun d'entre eux n'a plus de 35 millions d'habitants. Les trois quarts des pays du sud du Sahara ont moins de 10 millions d'habitants, et près de la moitié d'entre eux en ont moins de cinq.

La croissance démographique

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, le rythme de croissance démographique est extraordinairement rapide. A l'heure actuelle, l'Afrique est la seule région du monde où l'accroissement de la population n'a pas diminué. A part un bref regain de natalité après la Deuxième guerre mondiale, les taux de croissance démographique diminuent depuis plusieurs dizaines d'années dans les pays industriels et, dans certains d'entre eux, ils sont égaux ou inférieurs à zéro. En Amérique latine, le taux d'accroissement de la population a atteint un niveau record de 2,9 % par an au début des années 60 et il est maintenant tombé à 2,4 % par an; en Asie du Sud, il a légèrement dépassé 2,5 % à la fin des années 60 et il est retombé depuis lors à 2,1 %. Ce n'est que dans les pays d'Afrique subsaharienne qu'il continue de monter; de 2,5 % par an en 1960, il est passé à 3 % par an en 1983 (voir Figure 1). Si cette tendance devait se maintenir, la population de ces pays, qui atteignait 459 millions d'habitants en 1985, doublerait en 22 ans exactement.

La rapidité de la croissance démographique en Afrique résulte d'une baisse régulière des taux de mortalité, sans réduction concomitante des taux de

natalité, lesquels augmentent en fait dans certains pays. Comme le montre la Figure 2, le taux brut de mortalité de tous les pays d'Afrique subsaharienne a diminué d'un tiers au cours des 20 dernières années, pour s'établir à 15,9 pour mille—ce qui est en soi un succès. Or, le taux brut moyen de natalité n'a guère changé. En revanche, les taux de natalité tout comme les taux de mortalité ont diminué dans tous les autres continents. Le Tableau 1 indique les taux enregistrés en Afrique et dans certains autres pays. En Afrique, les taux de natalité sont presque partout très élevés; les taux de mortalité varient davantage mais, par rapport aux pays situés hors du continent, ils ne sont pas particulièrement faibles.

Au cours des 40 dernières années, l'espérance de vie a sensiblement augmenté en Afrique et elle atteint aujourd'hui en moyenne environ 50 ans à la naissance. Dans les années 50, une espérance de vie inférieure à 40 ans et des taux de mortalité infantile égaux ou supérieurs à 200 étaient chose commune; une espérance de vie supérieure à 50 ans constituait l'exception. Au début des années 80 toutefois, rares étaient les pays dans lesquels l'espérance de vie était inférieure à 45 ans. Dans certains pays, elle avait dépassé 55 ans et les taux correspondants de mortalité infantile étaient tombés à moins de 100. Bien que le niveau moyen de la mortalité des pays d'Afrique demeure le plus élevé du monde, les espérances de vie à la naissance dans certains d'entre eux sont comparables à celles enregistrées dans d'autres pays en développement.

Par contre, la fécondité en Afrique est extrêmement élevée d'après les normes mondiales (voir Tableau 2). Dans la plupart des pays africains, l'indice synthétique est supérieur à 6 et il dépasse 7 dans plusieurs d'entre eux. Il est généralement plus élevé en Afrique de l'Est qu'en Afrique de l'Ouest. Lorsqu'il est inférieur à 6, il traduit dans la plupart des cas une stérilité pathologique. Cependant, en Chine, en Indonésie et en Thaïlande, l'indice synthétique, qui avait atteint un sommet de 5–6, est tombé à 2–4 à l'heure actuelle. Dans d'autres régions, telles que l'Amérique centrale, le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord et les régions musulmanes du sous-continent indien, l'indice peut parfois atteindre 7. Mais les indices de 7 à 8 que l'on trouve en Afrique de l'Est et en Afrique australe et, à l'occasion, en Afrique de l'Ouest sont pratiquement inégalés dans le monde.

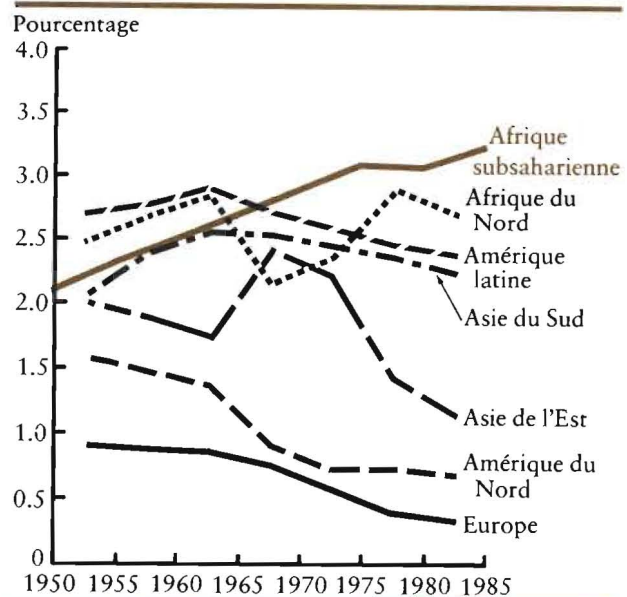
En bref, les autres régions en développement ont passé la phase de transition démographique : les taux de mortalité tout comme les taux de natalité sont beaucoup moins élevés qu'ils ne l'étaient. L'Afrique est

entrée dans la phase de transition démographique en ce sens que les taux de mortalité ont diminué, mais elle n'a pas encore abordé la deuxième étape, qui est celle de la diminution des taux de natalité. A l'exception du Zimbabwe, aucun pays d'Afrique n'a vu son taux de fécondité diminuer.

Les structures de peuplement et les migrations entre pays

En Afrique, la densité de population varie, mais elle est généralement faible. Les moyennes nationales vont de 1 à 200 habitants au km² et elles sont inférieures à 40 dans la majorité des pays. Même dans les régions les plus peuplées, la densité dépasse rarement 200 habitants au km². En Asie, par contre, elle va de 42 à 600 et, dans certaines régions, elle dépasse même 1.000 habitants au km². Dans le continent africain, de grandes régions sont fortement peuplées : la ceinture forestière côtière de l'Afrique de l'Ouest, et l'épine nord-sud du grand fossé oriental d'Afrique de l'Est. Trois régions sont en grande partie inhabitées : la bande est-ouest du Sahel, le bassin de la forêt tropicale d'Afrique centrale et les régions désertiques et semi-désertiques du Sud-Ouest. Ces structures de peuplement sont dues à de nombreux facteurs : qualité des sols et climat, autres ressources naturelles, maladies, culture et courants d'échanges passés et actuels, commerce et pouvoir politique. Environ un cinquième de

Figure 1. Taux de croissance démographique dans certaines régions, 1950–85



Source : Base de données pour le *Rapport sur le développement dans le monde 1985*.

la population du continent africain vit dans des pays caractérisés par un relief accidenté et peu de ressources ou de faibles précipitations; un autre quart vit dans des pays exportateurs de pétrole, et le reste dans des pays moyennement dotés en ressources.

Dans le passé, les migrations entre pays ont contribué à compenser les différences de ressources et à atténuer la pression démographique dans les pays où la terre était rare. Le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire, par exemple, ont profité l'un et l'autre du flux migratoire du premier pays vers le second. A l'heure actuelle, les migrations entre pays sont sérieusement limitées et le resteront dans le futur. Les migrations transfrontières les plus récentes sont temporaires, et même lorsque les émigrés ont l'intention de s'installer définitivement dans le pays d'accueil, les changements de la situation économique et politique entraînent un refoulement soudain des migrants. Un exemple en est donné par le Nigéria, qui a expulsé les étrangers en 1983 à la suite

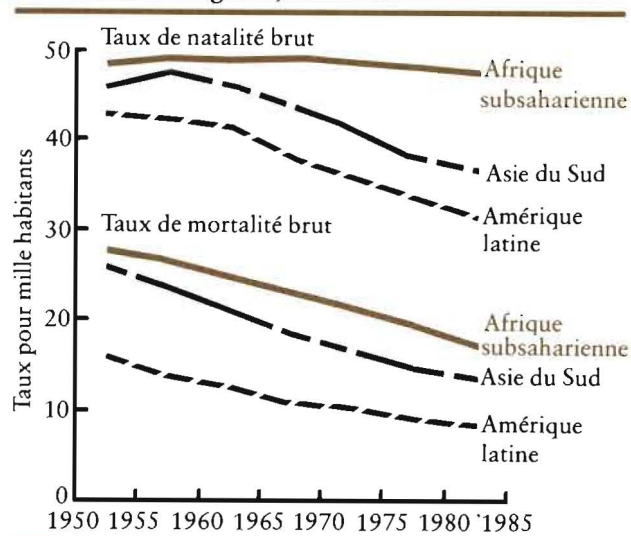
Tableau 1. Taux de natalité, taux de mortalité et taux de croissance démographique en Afrique subsaharienne et dans d'autres pays en développement sélectionnés

Région et pays	Taux brut de natalité pour 1.000 habitants 1983	Taux brut de mortalité pour 1.000 habitants 1983	Taux de croissance démographique 1980-85 (pourcentage)
Afrique subsaharienne			
Cameroun	46	15	3,2
Côte d'Ivoire	46	14	4,2
Ethiopie	41	20	2,1 ^a
Ghana	49	10	3,9
Kenya	55	12	4,3
Mali	48	21	2,3
Nigéria	50	17	3,3
Ouganda	50	19	3,3
Sénégal	46	19	2,8
Soudan	46	17	2,8
Tanzanie	50	16	3,4
Zaïre	46	16	3,1
Zambie	50	16	3,4
Zimbabwe	53	13	4,0
Autres régions			
Bangladesh	42	16	2,6
Chine	19	7	1,2
Colombie	28	7	1,9
Inde	34	13	2,2
Indonésie	34	13	2,1
Mexique	34	7	2,5
Pérou	34	11	2,3
Philippines	31	7	2,3
Thaïlande	27	8	1,9

a. Ce chiffre exceptionnellement bas pour l'Ethiopie s'explique par la famine.

Source : Banque mondiale (1985b), p. 230.

Figure 2. Taux de natalité et de mortalité bruts dans certaines régions, 1950-85



Source : Base de données pour le Rapport sur le développement dans le monde 1985.

Tableau 2. Taux de mortalité infantile et indices synthétiques de fécondité dans certains pays d'Afrique subsaharienne et dans d'autres pays en développement (estimations de 1983)

Région et pays	Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour 1.000 naissances vivantes)	Indice synthétique de fécondité
Afrique orientale et australe		
Zimbabwe	69	7,0
Kenya	81	8,0
Congo	83	6,0
Tanzanie	97	7,0
Zaïre	106	6,3
Ouganda	108	7,0
Mozambique	109	6,5
Soudan	117	6,6
Ethiopie	121	5,5
Malawi	164	7,6
Afrique de l'Ouest		
Ghana	66	7,0
Nigéria	113	6,9
Cameroun	116	6,5
Côte d'Ivoire	121	6,6
Sénégal	140	6,6
Sierra Leone	198	6,5
Autres régions		
Chine	38	2,3
Thaïlande	50	3,4
Colombie	53	3,5
Inde	93	4,8
Indonésie	101	4,3
Egypte	102	4,6
Bangladesh	132	6,0

Source : Banque mondiale (1985b), pp. 230 et 236.

de la récession entraînée par la chute du prix du pétrole. On ne saurait compter non plus sur la possibilité d'une immigration importante et permanente de l'Afrique vers les autres continents. Entre 1970 et 1980, l'immigration n'a représenté que 0,3 % de la croissance démographique du continent africain, contre 0,5 % pour l'Asie et 2,5 % pour l'Amérique latine. L'accroissement naturel de la population africaine devra donc être absorbé par le continent lui-même, et de plus en plus par les pays concernés.

Urbanisation

En 1982, 22 % des habitants de l'Afrique subsaharienne vivaient dans les villes. Bien que l'Afrique soit moins urbanisée que d'autres régions du monde, elle ne l'est pas moins que d'autres régions qui ont le même revenu par habitant et la même densité de population. On constate cependant des différences marquées. Le Burundi, l'Ouganda et le Rwanda se trouvent à un extrême avec des populations urbaines représentant moins de 10 % du total; à l'autre, se trouvent le Congo, Maurice, le Zaïre et la Zambie, où les citadins représentent de 38 à 54 % de la population. Dans 12 pays, plus de la moitié de la population urbaine vit dans la plus grande agglomération de la nation. (Les populations rurales sont souvent dispersées, particulièrement en Afrique de l'Est et en Afrique australe; même les gros villages sont rares dans quelques pays.)

L'urbanisation progresse rapidement : entre 1970 et 1982, la population urbaine de l'Afrique subsaharienne a augmenté de plus de 6 % par an, contre 3,9 % et 4,5 % en Indonésie au cours de la même période. D'après les projections établies, la population de l'Afrique subsaharienne dans son ensemble sera encore essentiellement rurale en l'an 2000 (65,4 %). En 2025, toutefois, la population de cette région devrait compter 54 % de citadins. Selon les projections de l'ONU, l'Afrique subsaharienne comptera 60 villes de plus de 500.000 habitants en l'an 2000, contre 28 aujourd'hui. Dakar et Nairobi accueilleront sans doute alors plus de 5 millions d'habitants contre une population de 1 à 2 millions aujourd'hui.

La répartition par âge

Les populations africaines sont jeunes et rajeunissent encore. Les enfants de moins de 15 ans représentent à l'heure actuelle 45 % de la population totale, contre 37 % en Asie et 40 % en Amérique latine; les jeunes de moins de cinq ans constituent près de 20 % des

habitants. De ce fait, et bien que les personnes d'un certain âge soient particulièrement peu nombreuses, le rapport de dépendance économique (nombre de personnes de moins de 15 ans et de plus de 64 ans par rapport à la population en âge de travailler) est de l'ordre de 1 contre 0,5-0,8 dans la plupart des pays d'Asie et d'Amérique latine.

Cette structure des âges a deux conséquences : premièrement, une fraction exceptionnellement importante des ressources doit être consacrée à la satisfaction des besoins particuliers des jeunes. L'éducation, par exemple, absorbe à l'heure actuelle en moyenne 16 % du budget de l'Etat et 3 % du produit national brut (PNB) de nombreux pays du sud du Sahara (voir Chapitre 2). Deuxièmement, en raison même de la dynamique propre à la croissance géographique, même si l'indice synthétique de fécondité devait tomber immédiatement au niveau de remplacement, c'est-à-dire à 2,2 naissances par femme, il faudrait une centaine d'années pour que la population de l'Afrique cesse d'augmenter. Et si tel était le cas, elle n'en serait pas moins de 80 à 100 % supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui.

Cause de l'accélération de la croissance démographique

La population de l'Afrique subsaharienne augmente actuellement au rythme de 3 % par an, mais les taux varient de 2,1 à 4 % selon les pays, essentiellement en raison des variations de taux de fécondité et de mortalité. C'est sur les causes de ces variations qu'il faut agir pour ralentir l'accroissement de la population. Ces causes sont analysées ci-dessous, et le Chapitre 3 étudiera les conséquences que cela entraîne sur les orientations à adopter.

Explication de la mortalité

Avant le développement industriel, les taux de mortalité variaient énormément d'une région à l'autre de l'Afrique, essentiellement à cause de facteurs naturels ou écologiques tels que le climat, l'altitude, les ressources vivrières et les maladies. Ces facteurs demeurent les plus importants en Afrique mais, aujourd'hui, la mortalité dépend aussi de facteurs liés au développement tels que le revenu par habitant, les progrès agricoles, l'infrastructure, le niveau d'instruction (particulièrement chez les femmes) et les programmes de santé publique. Au cours des 40 dernières années, des progrès extraordinaires ont été enregistrés dans tous

ces domaines. Il n'est donc pas surprenant que la mortalité ait diminué.

A long terme, les progrès de ce genre peuvent compenser les effets de la nature et de l'environnement. C'est ce qui s'est passé dans d'autres régions en développement où les conditions fondamentales étaient aussi insalubres qu'en Afrique; en fait, il semble que le même phénomène se produise déjà dans quelques pays africains, et notamment au Congo et au Ghana. Après la Deuxième guerre mondiale, ces deux pays ont enregistré des progrès rapides sur le plan du revenu, de l'éducation et de l'infrastructure, et la mortalité, qui était élevée comme dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest, est tombée à un niveau plus caractéristique des pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe aujourd'hui. Ces progrès se sont ensuite considérablement ralentis à cause des difficultés économiques de l'Afrique. Dans quatre pays au moins, le revenu par habitant a diminué pendant au moins cinq années. Et dans l'Afrique subsaharienne considérée dans son ensemble, la production de denrées alimentaires par habitant a fléchi, ce qui a rendu nécessaire une augmentation des importations. Si ces tendances persistent—et en particulier si la nutrition se dégrade et si les services de santé cessent de se développer, la baisse des taux de mortalité pourrait se ralentir nettement, voire cesser. Pour l'instant, toutefois, la mortalité continue de diminuer dans l'ensemble du continent grâce aux efforts déployés dans le passé pour améliorer l'éducation, les revenus, l'infrastructure et les équipements de santé.

Explication de la fécondité

Les raisons qui expliquent la fécondité élevée en Afrique peuvent être divisées en deux catégories : les déterminants immédiats et certaines causes profondes liées aux mentalités et au comportement. Les déterminants immédiats sont la fécondité naturelle, les habitudes en matière de mariage, le recul des pratiques de l'allaitement au sein et de l'abstinence, et l'utilisation limitée des méthodes de contraception modernes.

FECONDITE NATURELLE. La fécondité dépend essentiellement de l'état de santé général et elle est affectée par les maladies et les infections. Les trois autres facteurs expliquent la différence entre la fertilité naturelle et la fertilité effective (voir Tableau 3).

HABITUDES EN MATIERE DE MARIAGE. En Afrique, les femmes se marient entre 15 et 22 ans, mais généralement à un jeune âge, ce qui contribue à la multipli-

cité des naissances. L'âge du mariage n'a pas beaucoup augmenté. En fait, dans la moitié environ des pays étudiés dans le cadre de l'Enquête mondiale sur la fécondité et de l'Enquête sur la prévalence de la contraception, les femmes se marient encore tôt. L'augmentation de l'âge du mariage, lorsqu'il y en a eu une, a été en partie compensée par l'accroissement des relations sexuelles avant le mariage. Lors de la naissance de leur premier enfant, les femmes sont donc jeunes et, à cet égard, la situation n'a guère changé. Le mariage a toujours été et demeure encore presque universel pour les femmes, et la majorité d'entre elles vivent avec un compagnon durant toute la période pendant laquelle elles sont en âge de procréer.

ALLAITEMENT AU SEIN ET ABSTINENCE. Dans le passé, l'allaitement au sein pendant une période prolongée et l'abstinence sexuelle après la naissance étaient les principaux facteurs qui réduisaient la fécondité en Afrique. Quelques faits donnent à penser que ces deux pratiques sont en recul, tout au moins parmi certains groupes de femmes. En outre, la stérilité pathologique—qui est un grave problème dans certaines régions—semble diminuer au fur et à mesure que les services de santé se développent (voir Encadré 10 au Chapitre 4).

UTILISATION DES METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION. Bien que la contraception ait fait quelques progrès au cours des dernières années, moins de 5 % des couples ont recours aux méthodes modernes dans la majorité des pays du sud du Sahara. Le Tableau 3 montre le peu d'influence de la contraception sur l'abaissement de la fécondité en Afrique en comparaison de l'Amérique latine et de l'Asie de l'Est. Ce n'est qu'au Botswana et au Zimbabwe (où les taux sont respectivement de 19 et 27 %) que la prévalence de la contraception a suffisamment augmenté pour influencer sur la fécondité. S'il n'est pas toujours facile de se procurer des contraceptifs, le recours à l'avortement illégal est de plus en plus répandu dans bien des pays.

Les habitudes en matière de mariage et l'emploi des contraceptifs sont eux-mêmes liés à des facteurs économiques, sociaux et culturels qui, pour la plupart en Afrique, favorisent la fécondité.

ECONOMIE AGRICOLE ET ORGANISATION SOCIALE. La plupart des Africains vivent de la terre, et les enfants sont fort utiles pour s'occuper des cultures vivrières et marchandes, surveiller les animaux et contribuer aux tâches quotidiennes : aller chercher l'eau et le bois, faire la cuisine, s'occuper de la maison et des plus

Tableau 3. Indices synthétiques de fécondité et réduction de la fertilité potentielle totale due à différents déterminants de la fécondité, dans certains pays sélectionnés

Pays et année	Indice synthétique de fécondité	Causes de la réduction de la fertilité potentielle totale			
		Mariage tardif	Allaitement maternel	Contraception	Autres facteurs
Afrique subsaharienne					
Ghana (1979–80)	6,22	2,16	4,31	0,86	3,45
Kenya (1977–78)	7,40	2,69	4,22	0,67	2,02
Lesotho (1977)	5,27	3,05	4,34	0,47	3,87
Sénégal (1978)	6,90	1,72	4,65	0,20	3,54
Soudan (nord) (1979)	5,93	2,88	3,87	0,44	3,99
Amérique latine et Caraïbes					
Colombie (1976)	4,27	4,71	1,53	4,20	2,29
Mexico (1976–77)	6,27	3,43	1,82	3,43	2,04
Asie du Sud					
Bangladesh (1975–76)	5,96	1,21	6,84	0,77	2,32
Pakistan (1975)	6,24	2,26	4,52	0,43	3,55
Asie de l'Est et Pacifique					
Indonésie (1976)	4,51	2,62	5,25	2,50	2,12
Corée, Rép. de (1974)	4,23	4,72	3,32	2,55	2,17
Philippines (1978)	5,12	4,99	2,61	2,97	1,31
Moyen-Orient et Afrique du Nord					
Jordanie (1976)	7,63	3,28	2,53	2,62	0,94

Source : Banque mondiale (1984d), Tableau 6.1 (chiffres établis à partir des données provenant de l'Enquête mondiale sur la fécondité).

petits. Le fait d'avoir plusieurs enfants peut constituer un avantage très important pour la famille rurale type. En règle générale, les enfants peuvent souvent apporter une contribution au revenu familial mais, une fois la subsistance assurée, les revenus restants peuvent être essentiellement consacrés au bien-être des adultes. De plus, dans le secteur agricole traditionnel africain, le statut et la richesse d'un cultivateur dépendent non pas de la terre (qui ne lui appartient pas lorsque la propriété foncière est tribale), mais de la taille de la famille et par conséquent de l'importance des terres qu'il peut exploiter. A mesure que les systèmes fonciers évoluent, que l'instruction se répand et que les possibilités de travailler en ville se développent, les parents souhaitent de plus en plus donner une instruction à leurs enfants. Les coûts et les avantages des enfants changent alors : les enfants qui fréquentent l'école ont moins de temps pour travailler à la maison et les coûts de la scolarisation (uniformes, livres, etc.) augmentent même lorsque l'enseignement est gratuit. Ces changements commencent à éroder les avantages traditionnels de la famille nombreuse mais, dans certaines régions, ce processus vient à peine de commencer.

PROTECTION ET SOUTIEN. Dans les sociétés agricoles, la protection et le soutien, notamment pendant la

vieillesse, sont essentiellement assurés par la famille. Les femmes sont souvent obligées par tradition ou à cause de lois anciennes de compter sur leur père, leur conjoint, puis leurs fils. Au sein de la famille élargie, les obligations peuvent aller très loin. Dans les familles polygames—c'est le cas, par exemple, au sud du Soudan, les femmes doivent considérer les autres femmes de leur père comme étant plus ou moins égales à leur mère dans nombre de circonstances, et leurs obligations à l'égard de leurs frères et soeurs s'étendent à leurs demi-frères et demi-soeurs. Parfois, les aînés des enfants doivent également protéger physiquement la famille, particulièrement dans les régions reculées. A une plus grande échelle, les groupes ethniques et les nations recherchent parfois la sécurité non seulement dans la richesse, mais aussi dans le nombre. Bien que l'introduction de la sécurité sociale, le développement des systèmes juridiques et d'autres mesures du même ordre puissent à la longue amoindrir le désir d'avoir beaucoup d'enfants, les familles nombreuses sont encore considérées par bien des sociétés comme synonyme de richesse et de pouvoir.

LE ROLE TRADITIONNEL DES FEMMES. La condition de la femme varie beaucoup d'un pays à l'autre. Très souvent toutefois, ce sont les femmes qui font le plus

gros du travail agricole, ramassent le bois de feu et vont chercher de l'eau. Partout, elles s'occupent du foyer et veillent comme elles peuvent sur la santé de la famille. Souvent, elles font face à toutes ces tâches malgré la fatigue physique que représentent les grossesses répétées. Les femmes veulent des enfants pour des raisons économiques, pour les aider dans l'immédiat et pour leur fournir soutien et protection pendant la vieillesse. Elles veulent aussi des enfants pour des raisons sociales : parce que leur propre statut au sein de la famille et de la communauté est très étroitement lié à leur maternité.

VALEURS CULTURELLES. Conséquence peut-être des réalités de toujours, la fécondité occupe une place importante dans le système de valeurs des cultures traditionnelles. Certaines sociétés considèrent que les enfants assurent l'immortalité des parents ou d'autres membres de la famille, et les mères qui ont de nombreux enfants sont souvent entourées d'un grand respect. Dans bien des cas, l'homme divorcera d'avec une femme stérile, et celle-ci peut même être abandonnée par sa propre famille.

DES PERSPECTIVES LIMITEES. Les parents qui ont peu d'espoir que leurs enfants vivent mieux qu'eux ne sont guère incités à limiter les naissances de façon à pouvoir consacrer plus de temps et plus de ressources pour éduquer chaque enfant. C'est une chose risquée que d'investir dans un enfant lorsque les taux de mortalité infantile sont élevés. Les emplois rémunérateurs qui impliquent un certain niveau d'instruction sont limités et, en tout état de cause, les écoles sont souvent éloignées et coûteuses. Ces considérations peuvent toutefois changer. Si l'instruction permet d'obtenir un meilleur emploi, peut-être en ville, ou d'améliorer la productivité de l'exploitation agricole, les parents chercheront éventuellement à envoyer tous leurs enfants à l'école. Les couples sont plus enclins à limiter les naissances au fur et à mesure que le nombre des enfants qui survivent jusqu'à l'âge adulte augmente.

L'Afrique est-elle différente?

La vigueur du courant pronataliste traditionnel dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne amène à s'interroger sur la question de savoir si ce comportement est propre à l'Afrique ou à certaines parties de l'Afrique. La réponse est probablement négative.

Premièrement, les revenus sont généralement plus faibles que dans les autres pays, le niveau d'instruction et l'état sanitaire moins bons et l'urbanisation moins

avancée; ces facteurs expliquent en partie pourquoi la fécondité demeure élevée en Afrique. En second lieu, une grande partie des progrès réalisés en Afrique —baisse de la mortalité infantile et allongement de l'espérance de vie, accroissement de la scolarisation et de l'urbanisation et amélioration de la condition de la femme—sont si récents que les mentalités n'ont guère eu le temps de changer. Il se peut, par exemple, que les parents ne soient pas pleinement conscients de l'amélioration de la santé, ou qu'ils ne soient pas convaincus qu'il s'agit d'une amélioration durable. Enfin, si les croyances traditionnelles—telles que celles qui consistent à penser que la naissance d'un enfant permet à un ancêtre de "renaître"—renforcent les comportements pronatalistes dans bien des régions d'Afrique, ce sont des croyances que l'on rencontre aussi dans d'autres régions. Certains chefs religieux expriment des réserves à propos du planning familial, mais d'autres—tant en Afrique qu'ailleurs—lui apportent leur caution. Les enseignements de l'église catholique sur le mariage et les relations sexuelles ont de l'influence dans certains pays d'Afrique, mais ailleurs aussi. Il est probable qu'en Afrique, comme dans d'autres régions du monde, ces mentalités changeront à mesure que le développement progressera (voir Encadré 2).

Projections démographiques

On ne peut pleinement apprécier les conséquences de la rapidité de la croissance démographique en Afrique si on ne détermine pas les tendances démographiques à terme. Les projections de ce type sont inexactes, en partie parce que les statistiques démographiques demeurent insuffisantes, même si elles s'améliorent. Mais surtout, il faut évidemment, pour établir ces projections, faire des hypothèses sur la façon dont les déterminants sociaux, économiques et culturels de la fécondité, de la mortalité et des migrations évolueront avec le temps. De ce fait, les projections sont largement fondées sur des appréciations subjectives et elles ne doivent pas être considérées comme des prédictions, mais plutôt comme une illustration de ce qui arriverait si les hypothèses retenues se révélaient correctes.

Projection type

La projection type (Banque mondiale 1985b) est fondée sur une réduction très importante, mais du domaine du possible, de la fécondité et de la mortalité. Cette réduction suppose à son tour un progrès éco-

Encadré 2. L'évolution des attitudes à l'égard du planning familial : Le cas du Swaziland

Les attitudes traditionnelles à l'égard des enfants et du planning familial commencent à évoluer dans de nombreux pays de la région subsaharienne de l'Afrique. Les enquêtes faites en 1976, 1979 et 1980 au Swaziland illustrent ces évolutions. Au Swaziland, la cellule de base de la société est la famille. Les familles vivent dans des concessions dispersées et font partie de clans ou de groupes unis par les liens du sang; les moeurs sont patriarcales; le mariage précoce est usuel; les familles nombreuses sont appréciées.

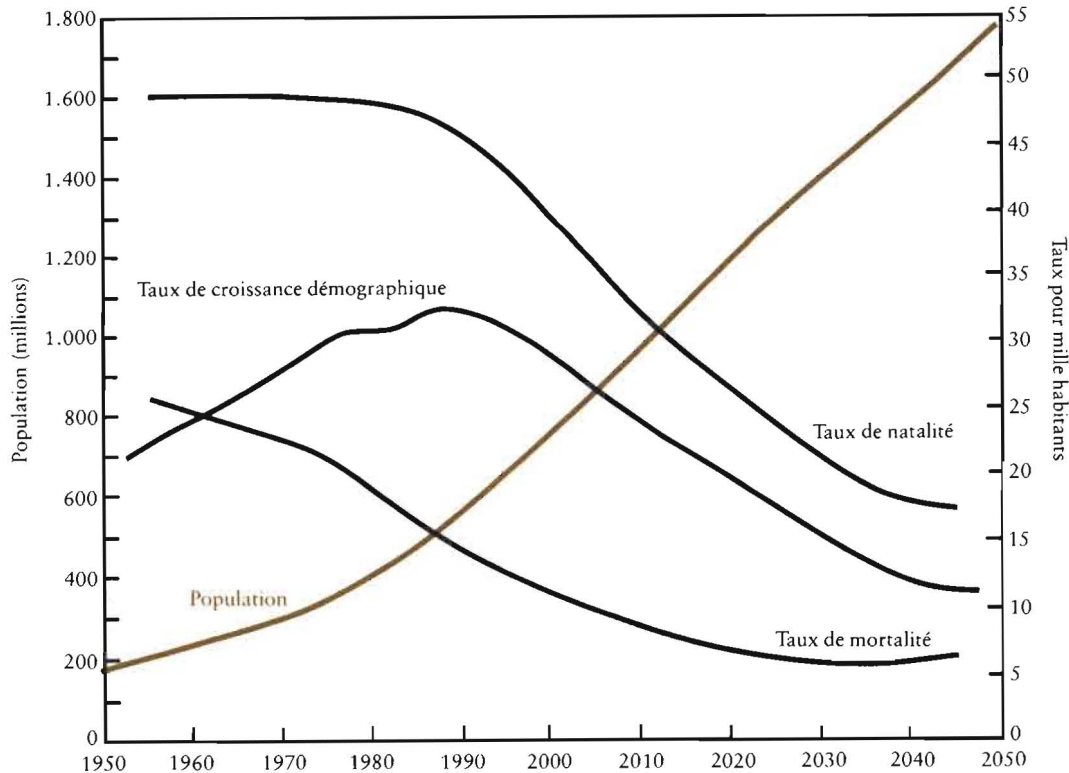
En 1976, lors d'une enquête restreinte sur les attitudes des populations vivant dans trois régions du pays, on a constaté que les parents voulaient en moyenne 7,3 enfants dans les zones rurales, 6,8 dans les zones semi-rurales et 4,9 dans les zones urbaines. Ce n'est que dans les zones urbaines que le nombre d'enfants souhaités était inférieur à l'indice synthétique moyen de fécondité à l'échelon national. En moyenne, les hommes voulaient un enfant de plus que les femmes, et les femmes avaient une attitude plus positive à l'égard de l'espacement des naissances.

Trois ans plus tard, une seconde enquête, plus vaste, a fait apparaître une certaine évolution des mentalités. Par exemple, 70 % des enquêtés ont déclaré que les enfants étaient une charge économique. Cette enquête a montré également que l'opposition des maris était un problème majeur pour bien des femmes qui souhaitaient utiliser les services de planning familial, et que certaines employaient des contraceptifs en secret.

Une troisième enquête a été réalisée en 1980, mais seulement dans la capitale, à Mbabane. L'échantillon ne comptait que 186 personnes, et près des deux tiers des enquêtés avait de 15 à 25 ans. Quarante-vingts pour cent des enquêtés se sont déclarés en faveur du planning familial, et 60 % d'entre eux environ pratiquaient la contraception. Toutefois, approximativement un cinquième des enquêtés ne connaissaient spécifiquement aucun contraceptif moderne, chiffre élevé pour des jeunes citadins.

Bien que les attitudes changent, le programme de planning familial du pays continue de se heurter à des contraintes majeures et en particulier à l'opposition des maris et des chefs traditionnels et religieux.

Figure 3. Données démographiques, Afrique subsaharienne, 1950–2045, projection type



Source : Base de données pour le Rapport sur le développement dans le monde 1985.

nomique et social modeste ainsi qu'une intensification des efforts déployés pour réduire la fécondité grâce aux programmes de planning familial.

La projection type pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne a été établie pays par pays. On prévoit que la mortalité continuera à diminuer plus ou moins selon les pays considérés, en fonction du taux de mortalité et du taux de scolarisation primaire des filles. Les migrations internationales devraient diminuer lentement et devenir nulles en l'an 2000, puis demeurer négligeables par la suite. Pour ce qui est de la fécondité, la réduction des taux sera fonction dans chaque pays des conditions économiques et sociales qui influent sur le nombre souhaité d'enfants, ainsi que des structures administratives que ces pays pourront mettre en place pour lancer des campagnes d'information et fournir des services de planning familial. Les indicateurs de la demande comprennent notamment l'éducation, l'urbanisation, la mortalité infantile et le revenu par habitant. Les indicateurs de l'offre comprennent notamment le niveau d'instruction, le nombre d'agents et d'installations de santé pour mille habitants et un indice de la solidité des programmes actuels de planning familial (voir Chapitre 4). Pour les pays dans lesquels la demande de services de planning familial devrait normalement augmenter relativement vite et qui disposent de moyens importants pour financer des campagnes d'information et des services de planning familial, on a supposé que la fécondité commencerait (ou continuerait) à diminuer au cours des cinq prochaines années. Dans un deuxième groupe de pays, la fécondité devrait commencer à diminuer dans cinq à dix ans. Enfin, les pays de la troisième catégorie sont ceux où la diminution de la fécondité commencera d'ici 10 à 15 ans. Une fois le processus enclenché, on a supposé que l'évolution de la fécondité serait la même pour tous les pays et que les taux descendraient aux niveaux de remplacement (niveau auquel les parents ne font que se remplacer) d'environ deux enfants (voir Carte 1). Dans les pays du premier groupe se trouvent le Botswana, le Congo, le Ghana, le Kenya, le Swaziland et le Zimbabwe. A l'autre extrême (pays où la réduction de la fertilité n'interviendra qu'entre 1995 et l'an 2000) se trouvent la plupart des pays sahéliers et quelques autres pays qui connaissent des troubles civils ou des problèmes de développement particulièrement graves, des pays où la stérilité pathologique a limité les taux de fécondité. On prévoit que la fécondité devrait commencer à diminuer entre 1990 et 1995 dans 22 pays, dont le Nigéria, le Soudan et le Zaïre.

La Figure 3 illustre les conséquences de ces hypothèses sur les taux de natalité, de mortalité et de croissance démographique dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Bien que les taux de natalité doivent commencer à diminuer, la baisse régulière des taux de mortalité signifie que le taux d'accroissement de la population continuera à augmenter pour atteindre un niveau record aux alentours de 1990. Le taux d'accroissement diminuera par la suite pour tomber à 2,8 % par an en l'an 2000, 2 % en 2020 et 1,1 % en 2045.

Si ces tendances se matérialisent, la population de l'Afrique subsaharienne s'accroîtra de 59 % entre 1985 et l'an 2000 et elle aura plus que doublé en 2010; en d'autres termes, elle passera d'environ 460 millions d'habitants en 1985 à 730 millions en l'an 2000 et à près de 950 millions en 2010. En 2045, c'est-à-dire dans 60 ans, la population de cette partie de l'Afrique comptera 1,7 milliard d'âmes—3,7 fois plus qu'à l'heure actuelle. Alors qu'elle représentait la moitié de la population de l'Europe en 1950, elle en représentera plus du double en 2045. Le nombre des habitants du Kenya augmentera de 77 % au cours des 15 prochaines années et sera multiplié par trois et demi dans 60 ans. Même les pays qui enregistrent actuellement un taux d'accroissement relativement faible connaîtront une très forte augmentation démographique : les populations du Gabon (où la fécondité est faible) et de la Sierra Leone (où la mortalité est élevée) auront augmenté de près de 50 % en l'an 2000 et triplé en 2025.

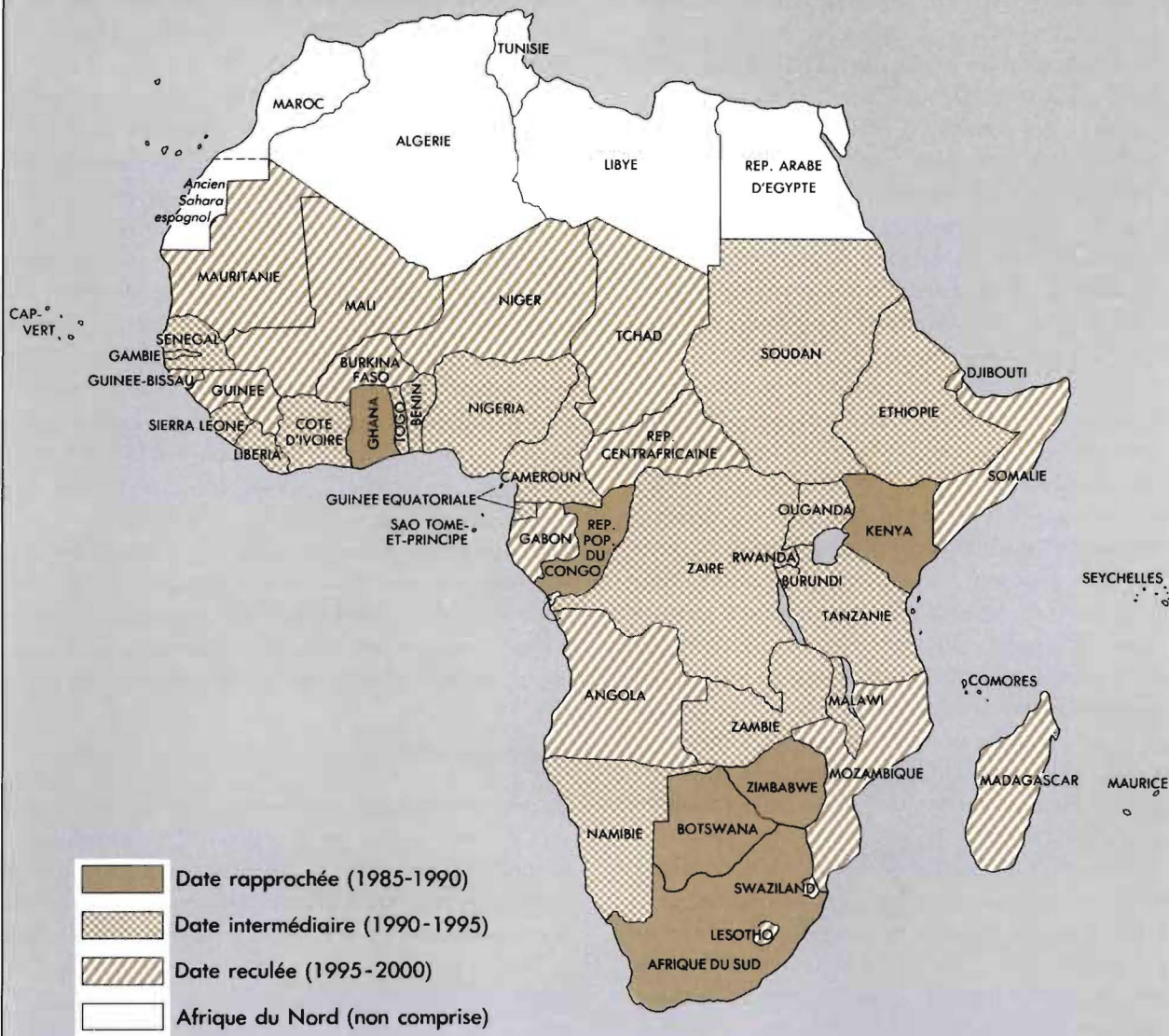
Autres scénarios

La projection type ne représente qu'un scénario parmi tant d'autres, tout aussi plausibles. Il est possible que la mortalité ne diminue pas aussi rapidement que le suppose la projection type. Si elle devait se stabiliser, les conséquences à court terme seraient minimales : dans 15 ans, la population ne serait inférieure que de 2 % à celle prévue, et l'écart ne serait que de 9 % dans 30 ans.

Les variations plausibles des taux de fécondité auraient des effets beaucoup plus importants, comme le montre la Figure 4. Selon l'hypothèse haute, la demande et l'offre de services de planning familial progressent moins rapidement que dans la projection type. La fécondité fléchira un peu plus lentement que dans le cas type et le niveau de remplacement serait atteint dix ans après la date prévue dans le cadre de la projection type. Selon l'hypothèse basse, la fécondité commence à baisser au même moment que dans le cas

Carte 1.

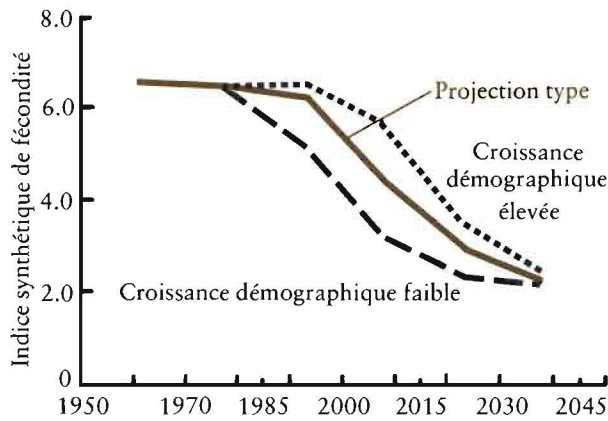
DATE A LAQUELLE LA FECONDITE DEVRAIT COMMENCER A DIMINUER DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE



0 1.000 2.000
KILOMETRES

type ou cinq ans plus tôt, mais la diminution est plus marquée et le niveau de remplacement atteint 15 ans plus tôt. Tel a été le cas de quelques pays situés hors

Figure 4. Différentes projections de l'indice synthétique de fécondité, Afrique subsaharienne, 1950–2045



Source : Base de données pour le Rapport sur le développement dans le monde 1985.

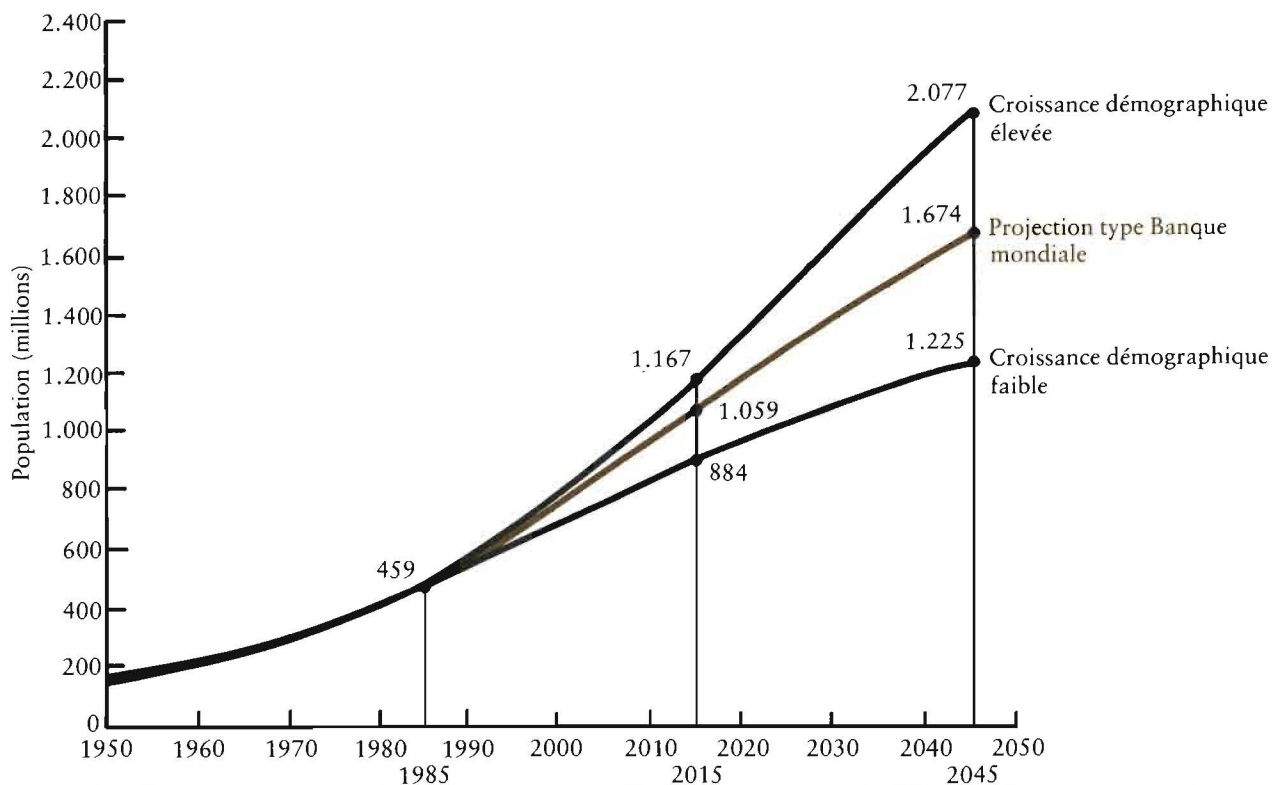
du continent africain qui ont fait de rapides progrès sur le plan socio-économique et mis en place de solides programmes de planning familial (République de Corée et Singapour).

La Figure 5 résume les résultats des différents scénarios possibles. On peut en tirer trois grandes conclusions.

- *Un accroissement important de la population en Afrique est inévitable.* Même si la réduction de la fécondité s'accélère (et à condition que la mortalité n'augmente pas), la population aura augmenté d'au moins 45 % entre maintenant et l'an 2000. En 2045, elle comptera au moins 500 millions d'habitants de plus et elle aura été multipliée par deux et demi.

L'ampleur de la croissance démographique pendant les dernières années du XXe siècle posera un formidable défi aux gouvernements et aux peuples de l'Afrique subsaharienne. Indépendamment des politiques et programmes visant à réduire la fécondité, il est indispensable de mettre en oeuvre d'autres politiques pour absorber et gérer la croissance démographique à court terme.

Figure 5. Résultats des différentes projections démographiques, Afrique subsaharienne, 1950–2045



Source : Base de données pour le Rapport sur le développement dans le monde 1985.

- *Le taux d'accroissement de la population demeurera probablement supérieur à 3 % durant une grande partie des années qui restent à courir avant la fin du siècle et ce n'est que vers l'an 2000 qu'il commencera à fléchir. En 2020, il sera encore de 2 % par an et, en 2050, inférieur à 1 % par an. Ce ralentissement et la tendance à la baisse au cours du siècle à venir allègeront quelque peu la charge économique que représente le rapide accroissement de la population décrit au Chapitre 2.*

- *Une diminution accélérée de la fécondité peut sensiblement réduire la pression démographique après l'an 2000. Si l'on compare la projection type et les projections fondées sur l'hypothèse haute, l'écart de croissance démographique est de 3 % (22 millions d'habitants) pour les 15 prochaines années. En 2045, la différence sera de 403 millions d'habitants, soit 19 %. En 2045, on constate une différence de 41 % entre l'hypothèse basse et l'hypothèse haute.*

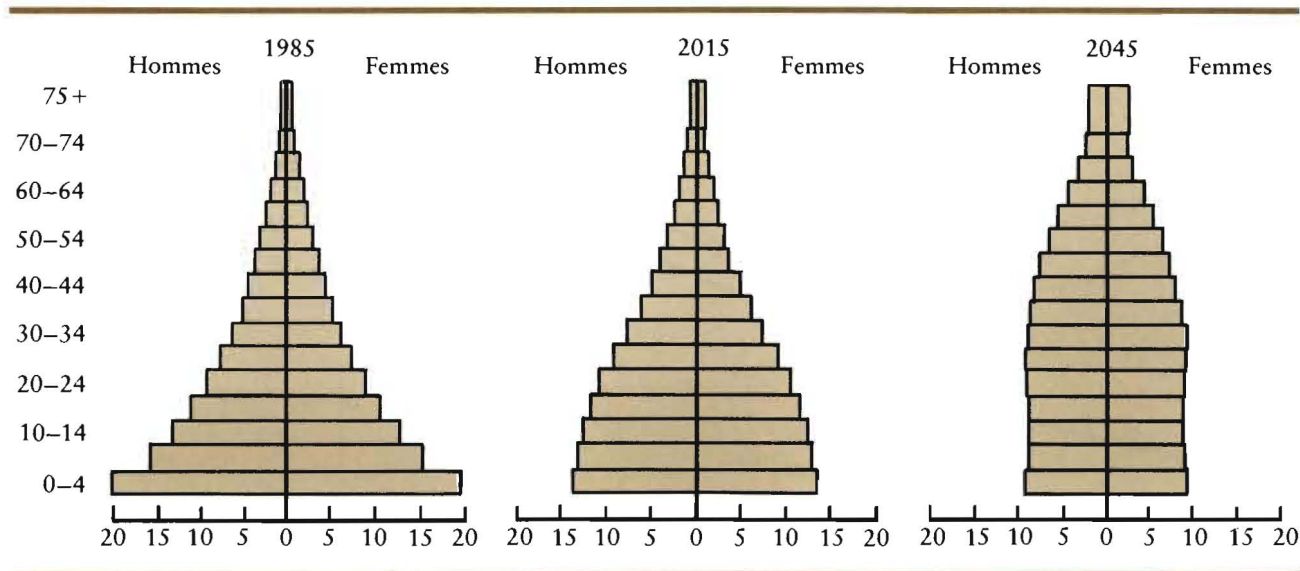
Les projections donnent également à penser que, d'ici à 2050, le mouvement démographique se stabilisera dans la quasi-totalité des pays d'Afrique subsaharienne. La mortalité et la fécondité seront tombées à des niveaux proches du minimum. Le taux brut de natalité aura fléchi de 47 à moins de 16 et le taux brut de mortalité, de 16 à 6. Sur le continent, l'espérance

de vie moyenne sera passée de 50 à 70 ans et l'indice synthétique moyen de fécondité sera tombé de 6,5 à moins de 3. La pyramide des âges à large base caractéristique d'une population jeune, impliquant un ratio de dépendance économique élevé, sera devenue une urne représentative d'une population traversant la période de transition démographique, avec un ratio de dépendance économique plus faible (voir Figure 6). La proportion des jeunes par rapport au total de la population à charge aura diminué et celle des personnes âgées aura augmenté. La transition démographique sera plus ou moins achevée.

Selon ces projections démographiques, l'Afrique subsaharienne ne connaîtra pas le problème que posera aux Etats-Unis et à la Chine la très forte augmentation des personnes âgées à charge. Dans ces deux pays, les personnes de 65 ans et plus représenteront, en 2050, respectivement 21 % et 20 % de la population, contre 9 % seulement (projection type) en Afrique subsaharienne. En fait, l'Afrique n'atteindra des pourcentages comparables que vers la fin du XXI^e siècle.

Ce ne sont là, il faut le souligner à nouveau, que des projections. Elles donnent toutefois une idée du défi auquel l'Afrique est confrontée ainsi que des conséquences positives ou négatives que l'on peut attendre des décisions prises aujourd'hui.

Figure 6. Répartition par âge de la population de l'Afrique subsaharienne, 1985, 2015 et 2045, projection type



Source : Base de données pour le Rapport sur le développement dans le monde 1985.

2

Conséquences de l'accroissement rapide de la population

En Afrique, la plupart des parents, lorsqu'ils sont pauvres, pensent qu'ils ont intérêt, sur le plan affectif sinon financier, à avoir beaucoup d'enfants. Mais le bonheur des uns fait souvent le malheur des autres. Les parents essaient d'arrondir leurs revenus en envoyant plus d'enfants travailler à l'extérieur, espérant que certains réussiraient; toutefois, si cela a pour seul effet d'accroître le chômage ou de faire baisser les salaires, rares seront les heureux élus : les chances de chacun se réduisent, sauf pour ceux qui possèdent des biens fonciers ou des capitaux et qui tirent avantage de la diminution des salaires.

S'il semble être de l'intérêt des parents d'avoir de nombreux enfants, c'est parce qu'ils peuvent espérer en tirer certains avantages sans avoir à payer eux-mêmes tous les coûts que comporte le fait d'élever des enfants. Les familles élargies peuvent apporter une aide très importante; les obligations sociales à l'égard des parents sont contraignantes et les familles prennent souvent en charge d'autres enfants que les leurs, particulièrement en Afrique de l'Ouest. L'Etat fournit gratuitement ou subventionne fortement l'éducation et les soins de santé. Et les parents se rendent compte que la concurrence accrue pour l'obtention d'un emploi et la gestion de ressources rares comme la terre et l'eau sont coûteuses, mais que ces coûts sont supportés par des communautés très larges. De même, une grande partie des coûts que représentent les grossesses et l'éducation des enfants

sont souvent supportés par les femmes, encore que, dans de nombreux pays d'Afrique, la décision d'avoir un autre enfant dépend essentiellement de l'homme.

Ceci étant, les parents ne se rendent pas toujours compte des coûts que représente un enfant. Ils ne réalisent pas toujours pleinement les méfaits des maternités répétées sur la santé de la mère et des enfants. Ils n'établissent peut-être pas le lien entre la fréquence des grossesses et l'accroissement des risques de décès ou de maladie chez les petits et leur mère. Ils ne prévoient peut-être pas que, dans une économie en évolution, ils auront du mal à financer le coût d'une scolarité prolongée pour de nombreux enfants.

Théoriquement, si tous les parents pouvaient décider d'avoir moins d'enfants de sorte que chacun d'eux puisse avoir une meilleure instruction et davantage de soins, tout le monde s'en trouverait mieux. Mais ce genre de contrat social est difficile à faire admettre. En fait, chaque famille (ou chaque clan) s'efforce de maximiser ses propres avantages. Le fait d'avoir beaucoup d'enfants paraît offrir les meilleures chances—pour minces qu'elles soient—d'avoir davantage de sécurité, de pouvoir et de revenu. Ces espoirs sont nourris par le succès de certaines familles nombreuses, et chaque famille espère pouvoir faire de même.

Le présent chapitre analyse les conséquences qu'implique la décision des couples d'avoir de nom-

breux enfants. Sur le plan familial, les multiples grossesses influent sur la santé de la mère et des enfants. Au niveau de la collectivité, l'accroissement rapide de la population a des répercussions sur l'agriculture, les ressources naturelles, l'emploi et les salaires, et la fourniture des services de santé et d'éducation.

Les effets d'une fécondité élevée sur la santé maternelle et infantile

En Afrique, les risques de maladies ou de décès de la mère pendant la grossesse et l'accouchement sont élevés, mais ils sont moindres si la mère a accouché moins de cinq fois et a de 20 à 35 ans. Les chances qu'a un enfant de naître en bonne santé et de survivre pendant les toutes premières années de sa vie sont plus faibles en Afrique qu'ailleurs, mais elles augmentent sensiblement si les naissances sont espacées d'au moins deux ans et si la mère a de 20 à 35 ans.

La mortalité maternelle est élevée en Afrique. Les chiffres les plus précis sont peut-être ceux qui concernent le projet de santé rurale de Danfa au Ghana : sur 100.000 naissances, 400 mères meurent. Au Swaziland, ce chiffre est estimé à 370 environ. Partout ailleurs, en Afrique, le taux varie généralement entre 200 et 600, contre 190 dans certaines régions de l'Égypte, 80 au Sri Lanka et moins de 10 en Suède et au Danemark.

Ce taux élevé de mortalité maternelle en Afrique est dû au mauvais état de santé général des populations et à la rareté des installations médicales. Dans certaines régions d'Afrique, la circoncision des femmes et les infibulations répétées après l'accouchement accroissent probablement les risques de morbidité et de mortalité chez la mère, et l'âge de la mère et le nombre des enfants qu'elle a eus sont également des facteurs importants. Au Nigéria, le risque de décès des suites de l'accouchement est environ deux fois et demie plus élevé pour une femme de 16 ans ou pour une femme de plus de 30 ans que pour une femme d'une vingtaine d'années. En Thaïlande, en revanche, le risque de mortalité maternelle n'est que 1,3 fois plus élevé pour les femmes appartenant à ces groupes d'âge particulièrement exposés. Au Sénégal, le risque de décès des suites de l'accouchement est approximativement trois fois plus important pour une mère de huit ou neuf enfants que pour une mère de deux enfants; à Matlab Thana, au Bangladesh, le risque est environ deux fois plus grand. Le parallélisme constaté entre l'accroissement du risque et celui

des naissances est en partie dû à l'âge; les femmes qui ont eu de nombreuses grossesses ont généralement plus de 30 ans. Toutefois, les études qui ont été réalisées ailleurs qu'en Afrique et qui prennent en considération le facteur âge montrent que le nombre de grossesses précédentes est un élément très important. A Matlab Thana (Bangladesh), par exemple, la mortalité maternelle est d'environ 250 pour 100.000 naissances vivantes pour les deuxième et troisième accouchements chez les femmes âgées de 30 à 39 ans, mais elle grimpe à approximativement 740 pour 100.000 à partir de la sixième naissance chez les femmes du même groupe d'âge. (Chez les femmes primipares, le risque de décès est également élevé—il est à peu près trois fois plus important—parce qu'en Afrique, les mères sont généralement très jeunes lorsqu'elles ont leur premier enfant.) Les statistiques de mortalité maternelle ne sauraient donner une idée des méfaits des maternités répétées sur la santé des femmes—et des familles dont elles s'occupent; la mère ne meurt peut-être pas, mais elle souffre de problèmes de santé souvent débilissants liés à des grossesses fréquentes.

Si les naissances étaient plus espacées et moins nombreuses, la mortalité infantile et juvénile en serait réduite. En Afrique comme ailleurs, la mortalité infantile dépend en grande partie de l'échelonnement des naissances (voir Tableau 4). Au Cameroun, un bébé né moins de deux ans après l'accouchement précédent a 90 % de chances de plus de mourir pendant sa première année d'existence qu'un enfant né plus de deux ans après son frère ou sa soeur. Pour

Tableau 4. Risque relatif de décès des nouveau-nés en fonction de l'espacement des naissances dans certains pays du sud du Sahara

Pays	Année de l'enquête	Intervalle entre les naissances		
		Moins de 24 mois	24-47 mois	Plus de 47 mois
Bénin	1981-82	1,5	1,0	0,7
Cameroun	1978	1,9	1,0	0,9
Côte d'Ivoire	1980-81	1,4	1,0	0,6
Ghana	1979-80	2,1	1,0	0,8
Kenya	1977-78	0,7	1,0	0,9
Lesotho	1977	1,8	1,0	0,8
Mauritanie	1981	1,8	1,0	0,9
Sénégal	1978	1,3	1,0	0,8
Soudan	1979	1,6	1,0	0,6

Note : Les enfants nés à la fin de l'intervalle 24-47 mois constituent le groupe de référence.

Source : Maine et autres (1985).

Tableau 5. Taux de mortalité infantile dans certains pays d'Afrique en fonction de l'ordre de naissance et de l'âge de la mère

	<i>Bénin</i>	<i>Cameroun</i>	<i>Ghana</i>	<i>Kenya</i>	<i>Sénégal</i>
Ordre de la naissance					
1	107	122	78	103	125
2-3	104	93	62	96	108
4-6	126	94	76	83	116
7+	162	125	90	106	120
Age de la mère					
Moins de 20 ans	133	116	88	104	140
20-29	114	96	66	70	108
30-39	126	103	71	75	114

Source : Maine et autres (1985).

l'aîné, le risque de décès est presque deux fois plus élevé lorsque le cadet le suit de moins de deux ans.

Dans presque tous les pays étudiés, la mortalité infantile est plus faible pour les deuxième et troisième enfants, et plus élevée pour les enfants suivants ainsi que pour le premier-né. Au Bénin, à partir du septième accouchement, le bébé a 30 % de plus de chances de mourir pendant sa première année d'existence que les enfants qui arrivent en quatrième, cinquième ou sixième position, et environ 60 % de chances de plus que le deuxième ou le troisième enfant de la famille (voir Tableau 5).

L'âge de la mère a aussi une forte influence sur la mortalité infantile. Au Kenya, si la mère a moins de 20 ans, le risque de décès de ses enfants dépasse de 50 % celui des enfants mis au monde par une mère âgée de 20 à 29 ans. Au Sénégal, la différence est de l'ordre de 40 %. La mortalité infantile augmente à nouveau lorsque les mères ont plus de 35 ans et les risques de défauts congénitaux chez les enfants sont accrus. Au Ghana, toutefois, 15 % des enfants sont mis au monde par des femmes de moins de 20 ans, 11 % par des femmes de 35 à 39 ans, et 9 % par des femmes de plus de 40 ans. Les chiffres cités pour le Kenya, le Lesotho et le Nigéria sont semblables : les femmes faisant partie des groupes d'âge à haut risque représentent environ un tiers des naissances. Le rythme des naissances varie d'un pays africain à l'autre. Si au Kenya et au Soudan, un tiers environ des bébés sont nés moins de 24 mois après l'accouchement précédent de la mère, au Ghana, au Lesotho et au Sénégal, la proportion est inférieure à un cinquième—proportion comparable à celle enregistrée en Corée.

Les statistiques relatives à la mortalité maternelle et infantile donnent des indications sur le nombre de

vies qui pourraient être sauvées si les naissances étaient espacées, programmées et limitées. La proportion des femmes qui disent ne plus vouloir d'enfants est plus faible en Afrique qu'ailleurs, et seule une fraction de ce groupe utilise des méthodes de contraception efficaces. Si toutes les Africaines qui ne veulent plus d'enfants n'en avaient effectivement plus, on pourrait éviter à peu près un décès maternel sur six. Si aucune femme n'avait d'enfants après 40 ans, on pourrait de même éviter un quart à un tiers des décès maternels. En d'autres termes, si le nombre total d'enfants par famille tombait de huit à six, les décès maternels pourraient être réduits de 25 à 30 %.

Les chiffres sont tout aussi frappants pour ce qui est de la mortalité infantile et juvénile. Si toutes les naissances espacées de moins de deux ans l'étaient de 24 mois ou plus, la mortalité infantile pourrait être réduite de 12 % au Lesotho et de 20 % au Cameroun, au Ghana et au Kenya. Sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, on pourrait prévenir 12 à 20 % des décès de nouveau-nés. Ces pourcentages sont peut-être quelque peu excessifs dans la mesure où les mères qui espacent davantage les naissances sont généralement aussi plus aisées, plus instruites et plus proches des services de santé, et ce sont peut-être ces facteurs plutôt que l'espacement des naissances lui-même qui expliquent l'abaissement des taux de mortalité. Toutefois, les travaux de recherche effectués récemment tiennent compte du niveau d'instruction et des habitudes citadines, et ils montrent que le nombre de vies qui peuvent être sauvées par l'espacement des naissances demeure très important. En fait, les chiffres cités sont peut-être sous-estimés. Les statistiques montrent que les risques associés aux naissances rapprochées ne se limitent pas à une mortalité infantile plus élevée, mais qu'ils se font

sentir au-delà de la première enfance, pendant les cinq premières années de vie. En outre, l'espacement plus important des naissances se traduit souvent par une fécondité moindre, ce qui réduit le nombre des naissances à risque.

Effets de la rapidité de la croissance démographique sur l'économie

Une croissance démographique rapide n'est pas nécessairement un obstacle rédhibitoire à la hausse des revenus par habitant. Dans certains cas, l'accroissement de la population peut même contribuer au développement. Mais, dans la plupart des cas, et surtout s'il est rapide, il peut freiner l'élévation du revenu par habitant.

Le raisonnement classique qui consiste à affirmer que la croissance économique par habitant est d'autant plus réduite que la croissance de la population est rapide est fondé sur une constatation simple : si les ressources sont fixes et que la main-d'oeuvre augmente, il restera moins de ressources disponibles pour les générations nouvelles; elles produiront donc moins par personne et le rendement du travail diminuera. A priori toutefois, ce raisonnement ne s'applique pas à l'Afrique où il existe apparemment de vastes superficies de terres encore inexploitées, qui pourraient faire vivre une population plus nombreuse sans que les rendements décroissent. La théorie des rendements décroissants et de l'accentuation de la pénurie des ressources fixes ne semble pas non plus avoir été confirmée de façon décisive ailleurs. Depuis le XVIII^e siècle, qui a marqué le début de l'expansion économique moderne en Europe, l'accroissement de la population s'est en fait accompagné d'une augmentation constante de la productivité du travail et partant d'une expansion économique, même dans les pays où la terre paraissait relativement rare. En fait, la plupart des pays ont pu étendre, dans une certaine mesure, les terres cultivables au cours des deux derniers siècles et, chose plus importante, d'autres facteurs ont suffisamment changé pour prévenir la diminution des rendements.

Premièrement, la technologie a progressé. La révolution industrielle des XIX^e et XX^e siècles, l'apparition de "semences miracles" au cours des vingt dernières années, les améliorations apportées aux engrais, aux systèmes d'irrigation et à d'autres techniques agricoles et, aujourd'hui, la biotechnologie, l'informatique et l'électronique moderne en général sont autant d'éléments qui permettent une utilisation

plus efficace des ressources. Les progrès techniques portent en germe des améliorations futures encore inconnues. Le défi que représente l'accroissement de la population peut même susciter de telles découvertes. Et l'augmentation de la main-d'oeuvre peut faciliter les ajustements structurels qu'impliquent la croissance de l'économie et l'évolution de l'environnement extérieur.

Deuxièmement, la dotation en ressources naturelles n'est pas limitée. Si l'on constate çà et là certaines pénuries de ressources ou de matières premières, on en a aussi découvert d'autres. Chose plus importante, les ressources non naturelles, telles que les biens d'équipement accumulés grâce aux investissements passés, ont complété et mis en valeur les ressources naturelles, ce qui a permis d'utiliser ces ressources de façon plus judicieuse et d'accroître la productivité du travail. Il est aujourd'hui possible de récupérer ou de recycler des ressources naturelles qui auraient été perdues hier, de cultiver des terres jadis considérées comme stériles, de renouveler les forêts et de conserver l'eau de manière plus efficace.

Troisièmement, les investissements en capital humain que représente l'amélioration de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la formation se sont révélés d'une importance cruciale pour augmenter la productivité du travail. De nombreux faits concourent à prouver qu'une main-d'oeuvre plus instruite contribue de manière significative à accroître le revenu par habitant. Les soins de santé représentent aussi un investissement précieux sur le plan humain. L'amélioration de la santé réduit non seulement les risques de décès, mais aussi les maladies débilitantes qui peuvent diminuer la productivité physique et les possibilités d'apprentissage.

Quatrièmement, les économies d'échelle réalisées par certains pays dans les domaines de la production et de la consommation sont imputables à l'accroissement de la population. Celui-ci permet en effet de réduire les coûts et d'accroître la rentabilité des transports, des communications et des marchés et, dans les régions rurales, la rentabilité de l'irrigation, des services de vulgarisation agricole et des services sociaux, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. Beaucoup de pays africains ont pu tirer profit des économies d'échelle, notamment dans les régions rurales. Le commerce international permet, même aux pays peu peuplés, de bénéficier d'économies d'échelle en exportant des biens et services pour lesquels ils jouissent d'un avantage comparatif, et d'acheter des biens et services qu'ils peu-

vent se procurer à moindre coût ailleurs.

En bref, le revenu réel moyen peut augmenter même si la population s'accroît. Tant que l'augmentation des ressources supplémentaires sera supérieure à celle de la population active, la main-d'oeuvre sera relativement rare, ce qui provoquera une hausse des salaires et entraînera une amélioration de niveau de vie. L'Amérique a connu un essor économique prodigieux au XIX^e siècle lorsque les Européens, souvent sous l'effet de la pression démographique existant dans leurs propres pays, ont émigré pour s'installer dans l'ouest des Etats-Unis. Les pays peuplés d'Europe et d'Asie ont prospéré malgré la faiblesse de leurs ressources naturelles en se dotant d'une main-d'oeuvre qualifiée et en développant les techniques des secteurs industriel et tertiaire. Au cours des 30 dernières années, plusieurs petits pays qui n'avaient que des ressources naturelles limitées, tels que Hong Kong, la Corée et Singapour, se sont industrialisés et modernisés et, grâce à l'urbanisation et aux échanges, ils ont su tirer parti des économies d'échelle que permet une population importante. Des pays relativement pauvres—comme l'Inde par exemple—ont accru de manière impressionnante leur production agricole grâce à la Révolution verte rendue possible par les "semences miracles" et l'irrigation et les engrais que celles-ci exigent, encore que l'amélioration du niveau de vie aurait pu être encore plus sensible si la progression de la population avait été plus modérée.

Comment se fait-il, dans ces conditions, que l'accroissement de la population constitue un problème en Afrique? Tout d'abord, comme on le verra de façon plus détaillée ci-après, les terres qui restent inexploitées en Afrique ne peuvent procurer des revenus à une population plus nombreuse que si les nouveaux apports en main-d'oeuvre sont complétés par de nouveaux investissements : routes, semences, lutte contre les maladies, irrigation, etc. Faute d'investissements de ce genre, de vastes superficies ne pourront être économiquement utiles, en ce sens qu'elles ne fourniront pas un support adéquat à ceux qui pourraient les exploiter (ce qui explique d'ailleurs, dans bien des cas, pourquoi cette terre demeure inculte). De même, s'il est vrai que les terres actuellement cultivées pourraient nourrir davantage de gens, encore faudrait-il effectuer des investissements importants en dehors du facteur travail pour qu'elles puissent procurer un revenu identique ou supérieur à un surcroît d'habitants.

La deuxième explication tient au taux extraordi-

nairement élevé de la croissance démographique. Entre 1970 et 1982, la population africaine a augmenté au rythme de 2,8 % par an, taux qui devrait passer à 3 % d'ici à l'an 2000. Au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, lorsque les nations d'Europe s'industrialisaient et se modernisaient, le taux de croissance démographique de ces pays a rarement dépassé 1 % par an. En outre, plus de 50 millions de personnes ont quitté l'Europe pour s'établir et tenter leur chance aux Etats-Unis, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Au plus fort de la vague (1881–1910), l'émigration représentait environ un cinquième de l'accroissement de la population de l'Europe. Dans les autres pays en développement, la progression démographique, bien que vive, n'a jamais été aussi rapide qu'en Afrique. Même dans les années 60, lorsque l'accroissement de la population a atteint son niveau record en Asie et en Amérique latine, il restait inférieur à 3 %. En fait, le taux d'accroissement de la population en Afrique est si élevé que, même si les ressources supplémentaires augmentaient à une très forte cadence—comme celle enregistrée par les pays développés au cours des 50 dernières années—elle serait insuffisante pour autoriser une augmentation soutenue du revenu par habitant.

En troisième lieu, les conditions étaient telles au départ que les ajustements qu'implique un accroissement rapide de la population sont particulièrement difficiles. La situation dans laquelle se trouvaient les nations africaines lors de leur accession à l'indépendance—pauvreté, avec le faible niveau d'éducation et de santé que cela implique, infrastructure rudimentaire et faiblesse des ressources humaines disponibles pour la recherche agricole, la vulgarisation et la création d'entreprises—n'était pas de nature à faciliter une rapide accumulation de ressources supplémentaires et l'utilisation efficace des ressources disponibles. Ces difficultés initiales ont été exacerbées par des politiques inadéquates : taux de change surévalués qui ont découragé les exportations, protection d'industries domestiques inefficaces, lourde taxation des cultures vivrières et des cultures d'exportation, et stratégies de développement et investissements essentiellement axés sur les villes au détriment des campagnes. Dans un tel contexte, le rapide accroissement de la population s'est traduit par une diminution absolue du revenu par habitant dans certaines parties de l'Afrique au cours des dernières années. Ce n'est pas le seul facteur en cause, mais il est venu s'ajouter à d'autres problèmes pour briser l'expansion économique.

Le reste de ce chapitre analyse quelles sont, compte tenu de la persistance de la poussée démographique en Afrique, les chances de ce continent d'accroître la production agricole par habitant, de préserver les ressources renouvelables et l'environnement naturel, d'augmenter la productivité de la main-d'œuvre (et partant les salaires et le revenu moyen) et d'assurer la mise en valeur des ressources humaines grâce au développement et à l'amélioration des services de santé et d'éducation.

La production agricole

Dans de nombreux pays d'Afrique, l'agriculture représente une large part du PIB et des exportations et elle emploie plus de 70 % de la population active. De ce fait, même si l'accroissement de la production dans d'autres secteurs contribue et peut continuer à contribuer à l'expansion économique, c'est du secteur agricole que dépendront l'essor ou la défaillance des économies africaines dans leur ensemble.

A première vue, le continent africain dispose de vastes espaces sous-exploités qui ont un riche potentiel agricole. L'Afrique représente 20 % des terres cultivables de la planète (définies comme comprenant les terres arables, les terres cultivées en permanence, les pâturages, les forêts et les régions boisées), mais 9 % seulement de la population mondiale. L'Afrique subsaharienne compte moins de 60 habitants pour 100 hectares de terre cultivable, contre un ratio moyen de 180 pour l'ensemble des pays en développement. Même en 2045, les densités de population en Afrique seront relativement faibles. Mais la production de céréales alimentaires n'a augmenté que de

1,5 % dans les années 70 et, en fait, la production de céréales alimentaires par habitant a diminué pendant la période 1970–82 (voir Tableau 6). Récemment, les régions forestières ont reculé de 0,5 à 1,4 % par an. Dans certaines régions, et particulièrement au Sahel, la dégradation des sols semble s'accélérer.

Les médiocres résultats enregistrés dans le secteur agricole s'expliquent en partie par les politiques adoptées, qui ont pénalisé l'agriculture. Il y a cependant des problèmes fondamentaux qui ne sauraient être résolus par une simple réforme des politiques économiques, et ces différents problèmes donnent à penser que le rapide accroissement de la population se traduira inévitablement par une diminution des revenus moyens dans le secteur agricole.

- En Afrique, la répartition des terres de bonne qualité ne coïncide pas avec celle de la population. L'émigration et les échanges commerciaux n'ont pas corrigé cette disparité avec le temps. Le tracé des frontières, les différences tribales et linguistiques, la médiocrité des transports intérieurs, les maladies endémiques, etc., l'ont maintenue, particulièrement dans les régions humides et semi-humides du centre et de l'ouest de l'Afrique, qui ont un riche potentiel.

- Les méthodes de cultures traditionnelles qui exigent des jachères périodiques prédominent encore; la terre doit rester inexploitée pendant de longues périodes pour lui permettre de recouvrer sa fertilité. Pour accroître les superficies cultivées, il n'y a d'autre moyen que de raccourcir la période de jachère et la seule façon d'éviter la diminution des rendements qui en résulterait serait de moderniser les méthodes utilisées, ce qui implique une vaste action de vulgarisation, l'utilisation d'une plus grande quantité d'engrais ou l'emploi de meilleurs instruments pour préparer la terre.

- Sur les plans de la technologie et de la gestion, l'Afrique n'a pas encore réuni les conditions nécessaires à une révolution agricole. Les recherches sur les cultures sèches et la rotation optimale des récoltes sont limitées bien qu'elles se développent à l'heure actuelle. L'utilisation d'intrants supplémentaires—engrais, pesticides, animaux de trait et irrigation—ne progresse que lentement et leur emploi ne constitue pas toujours un investissement économiquement valable lorsque les bonnes routes font défaut, les marchés sont atones et les prix insuffisants. La faiblesse des revenus, le manque de techniciens et de gestionnaires et le temps qu'il faudra pour mettre au point, adapter et introduire des techniques nouvelles sont autant de facteurs qui indiquent que, dans

Tableau 6. Production et importations de céréales en Afrique subsaharienne, volume annuel moyen
(en milliers de tonnes métriques, sauf indication contraire)

	1969–71	1980–82
Production	35.576	41.840
Importations	2.346	8.709
Total	37.922	50.549
Importations en pourcentage de la production totale	7	21
Population (en milliers)	220.671	367.000
Production par habitant	0,16	0,11
Importations par habitant	0,01	0,02
Total	0,17	0,13

Source : Production et importations de céréales, Banque mondiale (1984c), Tableaux 22 et 23; population, Nations Unies (1980).

certains pays, l'agriculture ne se transformera pas suffisamment vite pour compenser le rythme d'accroissement de la population.

L'importance des pressions qu'exerce la poussée démographique sur le potentiel agricole dépend à la fois de la façon dont les terres sont exploitées—c'est-à-dire de la question de savoir si les méthodes d'exploitation sont appropriées et permettent de préserver le potentiel intrinsèque de la terre—et de ce potentiel intrinsèque lui-même. Celui-ci est très variable d'une région à l'autre de l'Afrique subsaharienne.

On peut diviser l'Afrique en trois grandes zones de population et de végétation : les zones désertiques et subdésertiques; les zones de savanes, dont certaines sont très densément peuplées et d'autres très peu; les zones de forêts et d'arboriculture, de topographie et de densité de population variables. Certaines de ces terres ne sauraient absorber beaucoup plus de main-d'œuvre qu'elles ne le font actuellement et lui assurer un revenu raisonnable. Dans les régions désertiques et semi-désertiques, les précipitations et la végétation sont rares ou pratiquement inexistantes. L'irrigation massive pourrait contribuer à accroître la production dans certaines régions, mais le coût en serait élevé. Les zones très arrosées et occupées par la forêt dense demeureront elles aussi peu peuplées tant que les terres n'auront pas été défrichées et assainies.

La plupart des Africains vivent donc dans les savanes, régions où les précipitations sont modérées et la végétation herbeuse ou boisée. Les densités de peuplement varient énormément, en fonction des aléas de l'histoire et des possibilités de cultures. Les régions à jachère forestière (période de jachère supérieure à 15 ans) et à jachère arbustive (jachère de cinq à 15 ans) sont en général peu ou modérément peuplées. Les densités de population sont plus élevées là où la technologie et les cultures de rapport ont permis de raccourcir les périodes de jachère sans nuire à la fertilité du sol et dans des régions telles que le Burkina Faso et le Plateau Mossi, où la pression démographique a entraîné une réduction des périodes de jachère qui s'est traduite par une dégradation des sols. La capacité productive de la terre diminuant, les agriculteurs réduisent encore les périodes de jachère pour survivre, donnant ainsi naissance à un cercle vicieux.

La pression démographique a déjà contribué à la dégradation de l'environnement dans quelques parties d'Afrique, rendant certaines populations de plus en plus tributaires des aléas climatiques. Les dégâts

paraissent les plus importants dans certaines régions semi-désertiques et certaines régions de savane sèche. C'est le cas, par exemple, de la plus grande partie du Sahel où, malgré une certaine émigration, la croissance démographique est importante. Les dégâts sont graves également dans certaines régions de l'Éthiopie, du Kenya et de l'Ouganda; ce sont des régions occupées par la savane et la forêt où la densité de la population est élevée et où les mesures de préservation des sols, les améliorations technologiques et l'émigration n'ont pas réussi à contrebalancer l'accroissement rapide de la population. La pression démographique a obligé les agriculteurs à défricher de plus en plus les régions boisées ou à abrégé les périodes de jachère, mais ils n'ont pas adopté les techniques que cela impliquait. Les dommages sont moins évidents, mais cependant importants dans des régions qui ont un potentiel plus élevé (régions soudanienne et soudano-guinéenne). Dans certaines parties du Soudan et de la Tanzanie, en revanche, les possibilités de développement de l'agriculture sont très importantes et la pression démographique ne saurait expliquer la faible productivité agricole de ces régions.

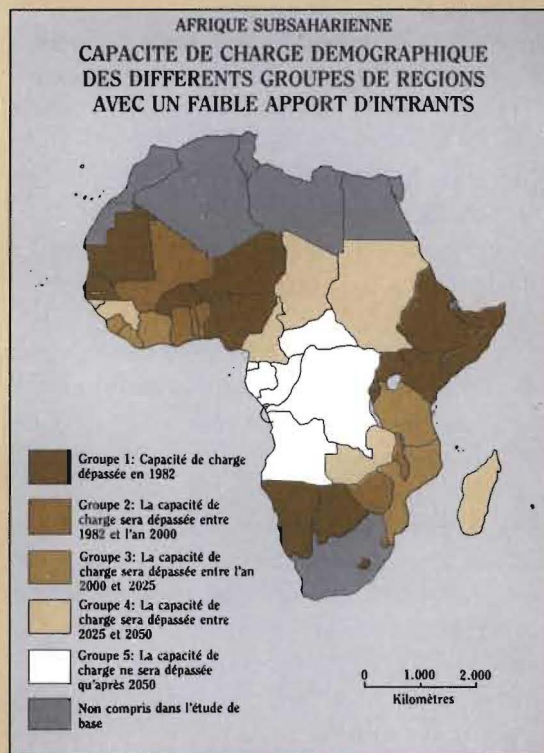
Les moyens ne manquent pas pour accélérer le développement agricole : on peut rationaliser la politique des prix, améliorer les pratiques culturales par la fourniture de crédit, de nouveaux intrants agricoles et de conseils techniques, mettre en place l'infrastructure nécessaire, procéder à des réformes agraires et améliorer les institutions. Avec des politiques plus judicieuses et des investissements suffisants au cours des décennies à venir, l'Afrique considérée dans son ensemble serait en mesure de nourrir ses habitants et d'exporter des denrées vivrières et d'autres produits agricoles qui lui apporterait une source de revenus (voir Encadré 3). S'ils accroissaient leur production agricole, quelques pays pourraient atteindre l'auto-suffisance alimentaire à plus brève échéance (bien que cet objectif ne soit pas en soi un impératif). Mais à court terme, il est peu probable que la production agricole de nombreux pays puisse augmenter à un rythme plus rapide que le taux actuel d'accroissement de la population, qui dépasse un peu plus de 3 % par an. Seul un petit nombre de pays—tels que le Mexique, les Philippines et la Thaïlande—ont pu faire progresser leur production agricole de plus 3,5 % par an pendant plus de 20 ans, et encore convient-il de souligner qu'ils bénéficient d'un ensemble de conditions plus favorables que celles qui caractérisent l'Afrique actuellement.

Encadré 3. Afrique : La terre, les ressources vivrières et la population

L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a récemment fait une étude détaillée de la "capacité de charge" potentielle des terres agricoles du monde, c'est-à-dire du nombre de personnes que la terre peut nourrir conformément aux normes minimales établies par la FAO et l'OMS pour différents niveaux de technologie agricole. Les études de ce genre ne donnent qu'une indication grossière de la capacité à atteindre l'autosuffisance alimentaire. Par exemple, elles ne tiennent pas compte des recettes en devises que peuvent procurer les exportations de produits autres que les denrées alimentaires; elles excluent aussi les possibilités d'importations de produits vivriers. Elles n'en constituent pas moins une première approximation utile, particulièrement pour l'Afrique, où la plupart des habitants vivent du produit de leur terre.

La conclusion de base de la FAO est la suivante. Si l'Afrique subsaharienne était considérée comme un tout, si toutes les terres qui ont un potentiel agricole étaient consacrées aux cultures vivrières, et si les intrants technologiques étaient peu utilisés (cest-à-dire à peu près les mêmes qu'on emploie actuellement dans la plupart des exploitations africaines non commerciales), l'Afrique pourrait faire vivre conformément aux normes minimales de nutrition de l'OMS et de la FAO une population égale à 1,6 fois la population prévue en l'an 2000 (voir le tableau). Par le faible niveau d'intrants technologiques, on entend des semences ordinaires, des cultures pluviales, pas d'engrais ou d'autres produits chimiques, pas de mesures à long terme de conservation des sols et un travail manuel effectué avec des outils à main. Si l'utilisation des intrants technologiques progressait au niveau atteint dans les régions plus avancées d'Amérique latine et d'Asie du Sud-Est ("technologie intermédiaire") et si toutes les terres disponibles étaient consacrées aux cultures vivrières, l'Afrique pourrait, en l'an 2000, nourrir presque six fois plus d'habitants qu'elle n'en comptera à ce moment-là.

Ce genre de calcul pose toutefois certains problèmes. Premièrement, le fait de considérer la région comme un tout suppose que le déplacement des populations et le transport des aliments d'un pays à l'autre



Note : Par faible apport d'intrants, on entend : cultures non irriguées des productions végétales actuelles; cultivars locaux; aucun engrais et aucun produit chimique de lutte contre les parasites, les maladies et les plantes adventices; périodes de jachère importantes; aucune mesure de conservation des sols à long terme; travail manuel et outils à main; fort coefficient de main-d'oeuvre, notamment main-d'oeuvre familiale non payée; faible coefficient de capital; production de subsistance; accès aux marchés non nécessairement assuré; insuffisance d'encadrement et parcellisation des exploitations.

Source : Ho (1985).

ou à l'intérieur des pays ne coûtent rien. Le tableau est moins encourageant à l'échelon d'un pays. La carte classe les différents pays en fonction de la date à laquelle la capacité de charge démographique sera dépassée si l'utilisation des intrants technologiques reste faible et si on admet que toutes les terres productives sont consacrées aux cultures vivrières. En 1982,

Ressources renouvelables

Les ressources non renouvelables—c'est-à-dire celles qui ne sont pas inépuisables telles que le pétrole et les ressources minières—sont par définition limitées et donc rares à long terme. Une exploitation plus inten-

sive aujourd'hui suppose évidemment une utilisation moindre demain. Peut-être parce que ces ressources sont rares, les droits de propriété qui s'y appliquent sont habituellement bien établis, et leur utilisation est généralement régie par les prix du marché. Lorsqu'une ressource s'épuise, les coûts d'extraction aug-

14 pays, soit 50 % de la population d'Afrique subsaharienne, y compris l'Éthiopie, le Kenya et le Nigéria, avaient déjà dépassé ce stade. Sept autres, dont le Ghana et le Zimbabwe, le dépasseront probablement en l'an 2000. Certes, quelques pays comme le Kenya et le Rwanda utilisent déjà davantage d'intrants dans certaines régions. En l'an 2000, toutefois, la poussée démographique dans ces deux pays sera telle que, selon les calculs de la FAO, ils seront incapables d'assurer la subsistance de la population, même avec un niveau "intermédiaire" de technologie; il en est de même pour le Burundi, le Lesotho, la Mauritanie, le Niger et la Somalie. En bref, ces pays se heurteront à des difficultés croissantes, leur population devant doubler à nouveau au cours des vingt à trente prochaines années. Pour les petits pays sans littoral comme le Rwanda et le Burundi, ces problèmes seront particulièrement graves. Les pressions démographiques ont conduit à adopter des méthodes culturales plus intensives, fondées sur un apport de main-d'oeuvre toujours plus élevé. Toutefois, l'éloignement de ces pays et leur relief rendent l'emploi de technologies avancées fort onéreux; ils limitent aussi les possibilités d'exportation de produits agricoles et non agricoles et par conséquent les possibilités d'importer des denrées alimentaires. La faiblesse des précipitations et l'éloignement créent également des problèmes considérables pour certains pays du Sahel tels que le Niger.

En second lieu, le passage du faible niveau de technologie au niveau intermédiaire n'est pas sans coût. Dans toute l'Afrique, les pratiques culturales traditionnelles exigent une superficie plus importante par habitant que dans des régions comme l'Asie, où l'irrigation et les doubles récoltes sont plus communes. Pour éviter une diminution de la production agricole par travailleur, les pays où la terre est rare devront recourir à des technologies nouvelles—engrais, semences améliorées et pratiques culturales différentes—et à des investissements nouveaux, qui devront s'accompagner de politiques des prix incitatives. Bref, la terre ne suffit pas.

Certes, il n'est ni nécessaire ni approprié de vouloir satisfaire les besoins alimentaires futurs exclusivement au moyen de la production nationale. Les denrées alimentaires peuvent aussi être importées dans la mesure où l'on peut exporter suffisamment pour payer les importations. Une telle option exige cependant une expansion significative de l'industrie et des exportations ou une forte croissance des exportations des produits agricoles non alimentaires mais, pour certains d'entre eux, les marchés sont restreints (café et thé, par exemple). A l'heure actuelle, de nombreux pays d'Afrique ont grand-peine à financer les achats de combustibles et d'autres marchandises nécessaires pour soutenir une croissance économique même modeste, car leurs exportations sont limitées.

Ratios de la capacité potentielle de charge de différentes régions en développement

Niveau d'intrants agricoles	Afrique ^a	Asie du Sud-Ouest	Afrique du Sud	Amérique centrale	Asie du Sud-Est	Moyenne
<i>En multiples de la population de 1975</i>						
Faible	3,0	0,8	5,9	1,6	1,1	2,0
Intermédiaire	11,6	1,3	23,9	4,2	3,0	6,9
Elevé	33,9	2,0	57,2	11,2	5,1	16,6
<i>En multiples de la population prévue en l'an 2000</i>						
Faible	1,6	0,7	3,5	1,4	1,1	1,6
Intermédiaire	5,8	0,9	13,3	2,6	2,3	4,2
Elevé	16,5	1,2	31,5	6,0	3,3	9,3

a. Non compris l'Afrique du Sud.
Source : Higgins et autres (1982).

mentent et poussent les prix du marché à la hausse. De tout temps, la hausse des prix d'une ressource non renouvelable a poussé les générations à chercher des substituts; c'est ainsi que le pétrole a remplacé le charbon et que l'énergie solaire remplacera peut-être le pétrole à la longue. Quelle que soit la prudence

dont on fait preuve dans la gestion des ressources non renouvelables, elles ne peuvent rester productives à perpétuité, et leur utilisation plus intensive à un moment donné peut relever d'une décision rationnelle du point de vue économique s'il s'agit de pourvoir aux besoins immédiats d'une population de plus

en plus nombreuse et lorsqu'il y a lieu de penser que la technologie permettra de trouver un jour des produits de remplacement.

Lorsqu'il s'agit de ressources naturelles renouvelables en revanche—terre, forêts, pêches, etc.—leur utilisation plus intensive ne compromet pas l'avenir à moins qu'elle n'excède le rythme de renouvellement (naturel ou contrôlé) de ces ressources. Lorsque tel est le cas, la ressource renouvelable est littéralement "entamée" et les conséquences sont similaires à celles que l'on constate pour les ressources non renouvelables. Si cette surexploitation est excessive, le processus devient irréversible et le stock comme le renouvellement de la ressource sont perdus à jamais. La décision de puiser temporairement dans le stock au-delà de sa capacité de renouvellement peut être raisonnable sur le plan économique si les besoins du moment sont tels qu'ils justifient la renonciation aux avantages futurs (ou le coût plus élevé qu'implique un renouvellement contrôlé). Mais les avantages immédiats qu'entraîne la surexploitation irréversible du stock doivent être très importants pour avoir plus de poids que la perte d'une ressource qui aurait été inépuisable. Le risque de surexploitation et de dégradation permanente est plus important lorsque la population est nombreuse et s'accroît rapidement, et le problème se complique encore si les ressources sont un bien communautaire. Lorsque les droits de propriété sont bien définis et que le marché foncier fonctionne correctement, les propriétaires terriens privés ou les gestionnaires du secteur public font habituellement le nécessaire pour empêcher la dégradation des biens qui leur appartiennent afin d'en protéger la valeur à long terme. Mais lorsque les ressources sont propriété commune et que les règles traditionnelles disparaissent (comme c'est le cas lorsque les systèmes traditionnels de production se transforment sous l'effet de nouvelles pressions économiques et sociales), ceux qui ont accès à la ressource considérée sont individuellement peu incités, voire pas du tout, à la préserver.

En Afrique, une grande partie des terres et des forêts n'appartiennent pas à des particuliers et l'utilisation de ces biens n'est pas régie par des institutions sociales qui permettraient d'en contrôler l'accès et joueraient de la sorte le rôle des mécanismes du marché. Dans de vastes régions de l'Afrique, la population est si clairsemée qu'il n'a jamais été réellement nécessaire de définir des droits de propriété individuelle et d'instituer des mécanismes juridiques et administratifs pour protéger ces droits. Du fait de

l'accroissement de la population, certaines régions et en particulier les importantes régions agricoles ont entrepris de définir les droits de propriété. Dans le Sahel toutefois, où le mode de vie des pasteurs nomades est fondé sur l'accès à des parcours de transhumance communautaires, et dans les régions forestières, le rapide accroissement de la population contribue à la dégradation définitive des ressources avant même que l'on ait pu mettre en place les mécanismes institutionnels nécessaires pour définir les droits de propriété et contrôler l'utilisation des ressources.

Les statistiques disponibles permettent de chiffrer l'ampleur des dégâts pour les forêts et le bois de feu. Les évaluations des ressources en bois de l'Afrique varient énormément, mais, comme le montre le Tableau 7, la production annuelle diminue ou va commencer à diminuer dans toutes les zones écologiques de l'Afrique, sauf dans les régions montagneuses où les programmes de reboisement semblent compenser l'augmentation de la consommation. Le Tableau 8 donne des estimations sur la diminution des superficies occupées par les forêts et par les bois.

Tableau 7. Ressources en bois de l'Afrique subsaharienne, par zones de végétation, 1960–2000

(en millions de mètres cubes pour l'année considérée)

Zones	1960 ^a	1980 ^b	2000 ^b
1. Zones désertiques et semi-désertiques	1,39	0,94	0,22
2. Savanes boisées densément peuplées	165,14	138,98	117,0
3. Savanes boisées et certaines zones forestières exploitées à faible densité de population	272,89	260,67	249,00
4. Forêts denses soumises à des pressions démographiques	139,44	120,95	105,00
5. Forêts denses non soumises à des pressions démographiques	476,34	461,30	461,00
6. Zones montagneuses boisées soumises à des pressions démographiques, mais reboisées dans une certaine mesure	4,24	5,45	7,35
Total	1.039,54	988,29	939,57

a. Chiffres établis à partir d'estimations de tendances basées sur les statistiques FAO relatives à 1980 et à l'an 2000.

b. Calculs établis à partir de plusieurs tableaux du rapport FAO (1983). Les chiffres se rapportent aux ressources en bois accessibles et inaccessibles, sauf dans le cas de la Zone 1, qui ne comprend que les ressources accessibles. L'Éthiopie n'est pas comprise dans la Catégorie 6.

Source : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (1983), pp. 39–48.

En Afrique, l'accroissement démographique contribue beaucoup au recul des forêts. Les utilisations industrielles et l'abattage commercial constituent certes un élément important de la demande de bois, mais dans quelques rares endroits seulement. Dans les zones rurales, l'augmentation de la population se traduit par la mise en culture de terres forestières et boisées afin de faire face à l'augmentation des besoins vivriers. Dans certains cas (au Burkina Faso, par exemple), l'offre de bois de feu augmente alors, tout au moins temporairement, parce qu'il devient un sous-produit que les agriculteurs ont du mal à écouler. C'est essentiellement à cause de la demande de bois de feu que le déboisement est le plus grave aux alentours des agglomérations urbaines; au fur et à mesure qu'elles se développent, la terre est dénudée sur un rayon de plus en plus important. Le déboisement est moins sévère dans les régions où les exploitations agricoles sont dispersées et il est pratiquement négligeable dans les zones densément boisées où la population est clairsemée.

Le déboisement peut causer des dommages écologiques irréversibles. Les plus graves sont la perte de fertilité des sols et l'érosion sur les terres dénudées. Ces problèmes sont dus à la rupture du cycle des éléments nutritifs, dont les arbres font partie intégrante, et au fait que les excréments d'animaux et les résidus de récoltes sont utilisés comme combustible plutôt que comme engrais lorsque le bois se raréfie. Dans les cas extrêmes, la perte de fertilité des sols transforme les terres en désert. Si ce phénomène se produit à une échelle suffisamment importante, il peut entraîner une réduction des précipitations dans la région concernée, d'où une accentuation des possibilités de sécheresse. (Certains spécialistes pensent que ce facteur contribue à expliquer la gravité de la sécheresse qui vient de frapper une grande partie de l'Afrique.) En outre, l'érosion des sols consécutive au déboisement et à la disparition du couvert végétal pérenne peut considérablement réduire la durée de vie effective des réservoirs et des canaux d'irrigation en accélérant la vitesse d'envasement. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) estime que, si elle n'est pas enrayerée, l'érosion des sols réduira la productivité des terres africaines de 25 % entre 1975 et l'an 2000.

Avant même que n'apparaissent les pires conséquences écologiques du déboisement, la raréfaction de plus en plus sensible du bois de feu entraîne une hausse des prix de ce produit, spécialement dans les villes. A Ouagadougou (Burkina Faso), le prix du

bois de feu en valeur réelle a passé de 2,5 à 5,14 dollars le stère entre 1970 et 1978, soit une augmentation de plus de 9 % par an. A Addis Abeba (Ethiopie), le bois de feu absorbe à l'heure actuelle jusqu'à 20 % du revenu des ménages économiquement faibles (encore que ces prix soient trop bas en ce sens qu'ils ne traduisent pas le coût de remplacement des arbres).

Dans les régions rurales, où le bois de feu est rarement un bien marchand, les habitants doivent aller de plus en plus loin pour chercher du bois. Faute de données, on ne peut donner d'indications générales sur l'évolution de ce problème dans le temps. Dans certaines régions rurales d'Afrique toutefois, les habitants doivent parfois faire jusqu'à 10 km à pied pour aller chercher du bois (Tableau 9). La plupart du temps, ce sont les femmes qui sont chargées de ce travail, ce qui alourdit encore plus leur emploi du temps déjà très chargé.

Les classes pauvres des villes souffrent plus que tout autre groupe social de l'augmentation du prix du bois. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, le bois de feu est de très loin le principal combustible des pauvres, même dans les régions urbaines qui offrent un plus grand choix de combustibles. A Nairobi (Kenya), plus de 65 % de l'énergie consommée par les ménages pauvres provient du charbon de bois et du bois de feu, sans doute parce que ce dernier reste bon marché par rapport aux autres combustibles, bien qu'il grève de plus en plus le budget familial. Cette proportion tombe à 19 % pour les groupes les plus aisés; les ménages qui peuvent se le permettre préfèrent le kérosène, qui est plus cher. L'augmentation du prix du bois et la progression générale des revenus ainsi que l'intensification des

Tableau 8. Trois estimations de la réduction annuelle des superficies boisées
(en pourcentage)

Région	Forêts et bois (FAO 1980)	Forêts (FAO/PNUE 1982)	Forêts vierges (Myers 1980)
Moyenne pondérée ^a			
Tous pays	-0,25	-0,54	-0,80
Afrique	-0,51	-0,47	-1,40
Amérique latine	-0,29	-0,51	-0,34
Asie	0,05	-0,66	-1,56

a. Moyenne des taux de déboisement, calculée sur la base de la superficie des forêts en 1980 dans chaque pays. Ce taux mesure le déboisement annuel moyen dans chaque continent.

Source : Allen et Barnes (1985).

cultures permettront à la longue de rompre le lien entre l'accroissement de la population et le déboisement. Entre-temps, la poussée démographique contribue à entamer le capital forestier et cause de graves problèmes aux populations pauvres.

A long terme, il faudra mettre en place des institutions permettant de réglementer, dans le cadre d'un contrat social, la protection des ressources qui font partie d'un patrimoine commun. A court terme, il y a trois façons de s'attaquer au problème du déboisement : on peut remplacer le bois par d'autres combustibles commerciaux plus chers, conserver le bois de feu (grâce à une politique de prix adaptée ou à une meilleure technologie, telle que les fours économes en combustible), et planter davantage d'arbres. En l'état actuel des choses, aucune de ces solutions n'est facile à appliquer. La Banque mondiale (1983) a calculé que, même si la demande de bois de feu pouvait être réduite de 20 à 30 % grâce à des produits de remplacement et à des mesures d'économie d'énergie, les pays africains devraient multiplier par 15 leur programme de plantation d'arbres pour réaliser un meilleur équilibre entre l'offre et la demande d'ici à l'an 2000. Vu les difficultés qu'implique la mise en oeuvre d'un programme de boisement, il est peu probable que l'on puisse atteindre un tel objectif. S'ils veulent éviter une catastrophe sociale et écologique, les pays concernés doivent agir immédiatement non seulement pour accroître les ressources en bois de feu, mais aussi pour réduire la demande, qui dépend notamment de l'importance de la population.

Tableau 9. Distance moyenne couverte à pied pour ramasser du bois de feu dans certaines régions rurales de l'Afrique subsaharienne

Pays	Distance (en kilomètres, aller)
Botswana	7,5
Burkina Faso (Boulinga)	5
Burkina Faso (Koudougou)	5-10
Cameroun (Yaoundé)	2-6
Kenya	1,6-7,0
Malawi	0-3,6 ^a
Soudan (Bara)	1-10
Tanzanie	1-5

a. Pour 90 % de la population; les 10 % restants devaient parcourir plus de 3,6 kilomètres.

Source : Barnes (1986).

La productivité de l'emploi

En Afrique subsaharienne, la population en âge de travailler (15-64 ans) comptait quelque 200 millions de personnes en 1980. A l'heure actuelle, elle augmente au rythme d'environ 3,2 % par an et, d'ici à l'an 2000, elle aura pratiquement doublé pour atteindre 378 millions de personnes. En 2020, elle pourrait compter 700 millions d'habitants. Même dans le cas du scénario impliquant une faible croissance démographique, les projections montrent que la population en âge de travailler sera légèrement supérieure à 600 millions de personnes en 2020. Comment employer cette main-d'oeuvre supplémentaire de façon productive? Quelle devra être l'augmentation de la demande de main-d'oeuvre si l'on évite une baisse de la productivité du travail et donc une diminution des salaires?

AGRICULTURE. A l'heure actuelle, l'agriculture emploie approximativement 70 % de la population active totale. Dans les autres pays du monde, le développement économique a entraîné un déplacement progressif de la main-d'oeuvre vers des secteurs plus productifs. Dans une grande partie de l'Asie de l'Est et de l'Amérique latine, la diminution absolue de la main-d'oeuvre agricole a commencé dans les années 60 ou 70. Aux Philippines et en Malaisie, par exemple, 50 % environ de la main-d'oeuvre travaille dans le secteur agricole; en Corée et au Brésil, la proportion tombe à 30 %.

Dans la plupart des pays d'Afrique, ce processus ne commencera pas avant que le *xxi*e siècle soit déjà bien entamé. En fait, même si l'on tient compte de l'important exode rural qui se poursuit, la main-d'oeuvre agricole en Afrique continuera d'augmenter rapidement en chiffres absolus et doublera au cours des 20 à 30 prochaines années. Au Kenya, elle triplera probablement d'ici à 2025, même si le nombre des emplois s'accroît rapidement dans les autres secteurs de l'économie. Selon les projections établies, près de la moitié (43 %) de la main-d'oeuvre agricole mondiale vivra dans la région subsaharienne de l'Afrique au milieu du *xxi*e siècle. Dès la fin de ce siècle, la superficie moyenne de terre par ouvrier agricole, jusqu'alors supérieure à la moyenne mondiale, tombera en dessous de cette moyenne en raison de l'accroissement de la population rurale.

Dans les autres pays du monde, le recyclage de la main-d'oeuvre agricole s'est toujours accompagné d'une augmentation importante de la productivité de

la main-d'oeuvre dans le secteur primaire et donc d'une progression du revenu moyen. C'est ainsi que la main-d'oeuvre agricole a pu diminuer sans entraîner un fléchissement de la production agricole globale. Au cours des quelque dix années à venir toutefois, étant donné l'accroissement important de la population agricole en Afrique, il faudra que la production du secteur augmente suffisamment rapidement pour maintenir au moins la productivité actuelle du travail et par conséquent les revenus moyens. Pour que l'agriculture puisse absorber une main-d'oeuvre plus nombreuse sans que la production par ouvrier diminue, il faut mettre de nouvelles terres en culture ou accroître les facteurs de production autres que le travail sur les terres déjà cultivées. Si les terres nouvelles sont de qualité comparable à celles qui sont actuellement cultivées, l'emploi pourra augmenter au même rythme que la production. Dans les régions où la terre est rare, il y a tout lieu de penser qu'une exploitation plus intensive entraînera un ralentissement de la progression de l'emploi. Une étude récente (Hansen 1984) conclut que, pour un niveau donné de mécanisation, un accroissement de 10 % des rendements agricoles s'accompagne d'une augmentation de 7,7 % de la main-d'oeuvre employée. C'est ce rapport que l'on a retenu dans la présente section pour calculer les emplois non agricoles supplémentaires dans l'agriculture.

Selon les estimations de la FAO, les pays où il existe des terres inexploitées qui pourraient avoir des rendements comparables à ceux des terres déjà cultivées accueillent environ 30 % de la population active africaine. On a admis par hypothèse qu'ils représentent également 30 % de la main-d'oeuvre agricole et que, par conséquent, les emplois du secteur primaire pourraient y augmenter aussi rapidement que la production, tout au moins jusqu'en l'an 2000. Les 70 % restants vivent dans des pays qui doivent recourir à une agriculture plus intensive; chaque accroissement de 1 % de la production agricole se traduira par conséquent par une augmentation de 0,77 % de l'emploi. La part des salaires dans la production est elle aussi supposée constante. Si la production agricole de tous ces pays progressait de 2,5 % par an jusqu'à la fin de ce siècle—taux effectivement atteint pendant les années 60 mais supérieur à celui enregistré dans les années 70—le rythme de croissance de l'emploi du secteur primaire serait de l'ordre de 2 % par an, et il pourrait absorber 70 millions de personnes de plus, mais les revenus moyens par travailleur ne pourraient au mieux s'ac-

croître que de façon marginale. Cet effectif de 70 millions représenterait environ 40 % de l'augmentation totale prévue de la population active.

Ces estimations ne tiennent pas compte de l'augmentation de la production agricole que l'on pourrait obtenir avec une réorientation des politiques des prix et des politiques commerciales. Les pays développés comme les pays en développement pourraient, par exemple, assouplir les mesures protectionnistes (droits de douane et contingents) qui frappent les principales cultures d'exportation malgré les difficultés politiques que cela représente. Les pays en développement pourraient relever les prix à la production et élargir l'accès des agriculteurs au crédit, à la technologie et aux marchés. Si cela permettait d'accroître la production agricole de 3,5 % ou plus par an (ce taux n'a été atteint de façon soutenue que dans quelques pays d'Asie de l'Est), il serait possible d'employer quelque 115 millions de travailleurs de plus et la proportion de la population active occupée par l'agriculture demeurerait à peu près la même que ce qu'elle est aujourd'hui. En bref, il faudrait que, pendant une vingtaine d'années, la production augmente de façon importante et à un taux jamais atteint encore en Afrique pour obtenir, dans le meilleur des cas, une progression modeste des revenus moyens, déjà très bas.

INDUSTRIE. L'industrie moderne n'emploie à l'heure actuelle que 12 % de la population active de l'Afrique subsaharienne, et le taux de croissance de l'emploi diminue depuis 10 ans. Une étude réalisée en Côte d'Ivoire—l'un des pays d'Afrique qui a le mieux réussi au cours de ces dernières années—indiquait qu'en 1968, une augmentation de 10 % de la production industrielle entraînait une progression de 7,7 % du nombre des emplois; en 1974, un accroissement identique de la production ne se traduisait plus que par une augmentation de 1,6 % de l'emploi. Cette évolution est en partie imputable à un accroissement de la productivité de la main-d'oeuvre dans l'industrie, mais elle s'explique aussi par des distorsions de prix (distorsions entraînées par la législation relative au salaire minimum, les subventions au capital et des taux de change surévalués, qui encouragent le recours au capital plutôt qu'à la main-d'oeuvre) et par une concentration de l'activité économique dans les industries capitalistiques de substitution aux importations. Supposons que ces distorsions soient éliminées dans l'industrie africaine et que le rapport entre la production et l'emploi soit approximative-

ment égal à celui enregistré en Côte d'Ivoire en 1968. Si la production industrielle augmentait à un rythme régulier de 7,7 % par an (alors qu'il n'a atteint que 3,9 % par an en Afrique dans les années 70) pendant 20 ans, le nombre des emplois dans l'industrie progresserait de 6 % par an et le secteur pourrait absorber 50 millions de personnes de plus entre 1980 et l'an 2000. Le salaire moyen des travailleurs augmenterait d'un modeste 1,8 % par an.

Ensemble, l'industrie et l'agriculture pourraient donc créer jusqu'à 165 millions d'emplois, ou seulement 120 millions (50 millions plus 115 ou 70 millions). Le solde du total de 180 millions de travailleurs prévus—soit 15 millions au minimum ou 60 millions au maximum—pourrait être absorbé par le secteur traditionnel de l'économie urbaine, ou par l'administration ou les services modernes. Comme, dans le meilleur des cas, l'augmentation des revenus dans l'agriculture et l'industrie ne serait que modeste, les autres secteurs ne pourraient eux aussi supporter qu'une hausse très modérée des salaires.

Bien qu'elle ne soit pas sans issue, la situation se présente donc sous un jour très sombre. Une progression même faible des revenus moyens ne sera possible que si la production agricole et industrielle s'accroît à un rythme bien plus élevé qu'elle ne l'a fait récemment. Il y a fort peu de chances que les revenus moyens puissent augmenter de façon notable, même avec des réformes de la politique économique à court terme. Mais si la fécondité commençait à diminuer dès maintenant en Afrique, on pourrait espérer, toutes choses égales par ailleurs, une amélioration de la situation sur le plan des revenus à partir de l'an 2000. L'Afrique se trouverait alors dans la même situation que la plupart des pays d'Asie de l'Est et de l'Amérique latine, où la fécondité a commencé à fléchir il y a 15 ou 20 ans.

Investissements dans les ressources humaines

Les investissements dans les secteurs de l'éducation et de la santé sont le fait des familles et des pouvoirs publics. Ces investissements contribuent évidemment au bien-être général, mais il est établi qu'ils constituent également un facteur d'accélération de la croissance économique parce que, lorsqu'elle est en meilleure santé et plus instruite, la main-d'oeuvre est plus qualifiée, plus dynamique et s'adapte plus facilement au progrès technique. En bref, elle est plus productive.

Au niveau de la famille, l'observation des faits

montre que, lorsque la famille s'agrandit, le temps et l'argent consacrés par les parents aux dépenses de santé et d'éducation de chaque enfant diminuent. Ailleurs qu'en Afrique, les enfants de familles nombreuses ont une scolarisation moins poussée que les autres et leurs résultats scolaires sont moins bons, même lorsque l'on tient compte des différences de revenu familial. Plus la famille est pauvre, plus les enfants de familles nombreuses sont désavantagés. Au Nigéria, une étude effectuée sur les enfants de 10 et 11 ans a fait ressortir une dégradation des résultats scolaires correspondant à l'ordre de naissance (c'est-à-dire chez les puînés des familles nombreuses). Cela tient peut-être au fait que les parents consacrent moins de temps à s'occuper activement de l'éducation de chaque enfant s'ils en ont sept ou huit.

Manifestement, certains couples considèrent qu'il est de leur intérêt et de celui de leur famille d'avoir davantage d'enfants, même s'ils savent que cela implique une réduction des possibilités de loisirs, de consommation ou de scolarisation pour l'ensemble de la famille. Toutefois, dans la mesure où certaines naissances ne sont pas consciemment souhaitées et pourraient être prévenues, il y a tout lieu de penser que les parents consacraient une plus grande partie de leur budget à la santé et à l'éducation des enfants s'ils en avaient moins. Même si les investissements des pouvoirs publics ne changeaient pas, l'accroissement des investissements des ménages résultant de la réduction du nombre d'enfants contribuerait à accélérer l'expansion économique.

Que dire des investissements publics, qui sont plus faciles à cerner? Pendant les années 60 et au début des années 70, les pays du sud du Sahara ont consacré une part de plus en plus importante de leur PIB aux programmes d'éducation et de santé. En dépit des efforts déployés, la plupart des indicateurs de l'éducation et de la santé demeurent nettement moins bons en Afrique que dans les autres continents. Dans les années 80, l'importance relative de ces secteurs a stagné ou diminué dans plusieurs pays, essentiellement parce que la croissance du PIB s'est ralentie et que le service de la dette extérieure s'est alourdi, ce qui a limité les ressources disponibles pour ce type d'investissements.

Le coût que représente une élévation du niveau d'instruction et de santé est directement lié à la croissance démographique. Plus cette dernière est rapide, plus le simple maintien des normes existantes risque de peser sur les budgets nationaux. Dans la plupart des pays, la population devrait doubler dans

une trentaine d'années environ, et la population d'âge scolaire en une vingtaine d'années. Selon les estimations grossières qui ont été faites, le coût de la généralisation de l'éducation primaire et de la mise en place de services de santé rudimentaires pourrait, dans une quinzaine d'années, absorber jusqu'à la moitié du total des recettes publiques dans de nombreux pays.

Pour illustrer les avantages que représente un ralentissement de la croissance démographique, on analysera les coûts de la santé et de l'éducation au Sénégal. On a calculé, pour la période 1980–2025, les dépenses que l'Etat devrait engager pour atteindre certains objectifs en fonction de deux hypothèses démographiques—la projection type et le scénario d'une croissance démographique plus lente, celui de l' "hypothèse basse" du Chapitre 1. Pour l'enseignement primaire, deux objectifs sont considérés : d'une part, le maintien du taux de scolarisation actuel et, d'autre part, la généralisation de l'enseignement primaire d'ici à l'an 2000. On a supposé que le PIB augmenterait au rythme de 2,6 % par an entre 1983 et l'an 2000, et au rythme de 3 % par an par la suite, et que les recettes de l'Etat progresseraient à la même cadence. On a admis que les coûts unitaires des services fournis demeureront constants pendant toute la période considérée.

EDUCATION. En 1983, le Sénégal a consacré à l'éducation 5 % de son PNB, 16 % de ses recettes publiques et 25 % de son budget de fonctionnement. Ces dépenses correspondaient à des taux de scolarisation de 53 % au niveau du primaire et de 12 % au

niveau du secondaire, les coûts unitaires s'établissant respectivement à 114 dollars et à 436 dollars. Bien qu'élevés par rapport à ceux des autres pays en développement, ces coûts sont comparables à ceux enregistrés dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest. Les crédits alloués à l'enseignement primaire ont absorbé 8 % des dépenses totales et ceux alloués à l'enseignement secondaire, 7 %.

Selon la projection type, le nombre des enfants d'âge primaire (7–12 ans) au Sénégal devrait passer de 900.000 en 1980 à 1,7 million en l'an 2000 et à 2,2 millions en 2025. Si l'on retient l'hypothèse basse, les chiffres tombent respectivement à 1,5 million en l'an 2000 et 1,6 million en 2025. Si la croissance de la population est conforme à la projection type et si le taux de scolarisation reste stable, le budget de l'enseignement primaire devrait pratiquement doubler d'ici à l'an 2000 (Tableau 10). Pour généraliser l'enseignement primaire, il faudrait pratiquement quadrupler les dépenses de l'Etat, et la part de l'enseignement primaire dans les recettes publiques passerait de 8 % en 1980 à 22 %. Même si la part de l'enseignement secondaire et supérieur dans le budget de l'éducation pouvait être réduite, l'éducation absorberait au moins 30 % des recettes de l'Etat, ce qui constitue une lourde charge.

Avec l'hypothèse basse, il n'y aurait guère de différence en l'an 2000; la généralisation de l'enseignement primaire absorberait encore 21 % des recettes publiques. En l'an 2025, toutefois, le seul budget de l'enseignement primaire serait inférieur de 40 % à

Tableau 10. Sénégal : Projection des coûts de l'enseignement primaire et de la part de celui-ci dans les recettes publiques, selon différentes hypothèses concernant l'accroissement démographique et les taux de scolarisation, 1980–2025
(en millions de dollars)

Année	Diminution type de la fécondité				Diminution rapide de la fécondité			
	Taux de scolarisation stable ^a		Scolarisation généralisée ^b		Taux de scolarisation stable ^b		Scolarisation généralisée ^b	
	Coûts	Part de l'enseignement primaire dans les recettes publiques (%)	Coûts	Part de l'enseignement primaire dans les recettes publiques (%)	Coûts	Part de l'enseignement primaire dans les recettes publiques (%)	Coûts	Part de l'enseignement primaire dans les recettes publiques (%)
1980	54	8	—	—	54	8	—	—
2000	100	12	188	22	93	11	175	21
2025	133	7	251	14	95	5	179	10

— Sans objet.

a. 53 %.

b. Scolarisation à 100 % en l'an 2000.

celui qu'il devrait atteindre dans le cas de la projection type (encore que, dans ce cas aussi, la part de l'enseignement primaire dans les recettes publiques diminue puisque cette projection est basée sur l'hypothèse d'une croissance régulière des revenus et des recettes publiques et d'une diminution de la fécondité). Même avec l'hypothèse basse, le budget de 2025 représentera trois fois et demie le budget de 1980. Mais, dans le cadre de ce scénario, les économies réalisées par le Sénégal en 2025 par rapport aux projections types seront plus importantes que les crédits qu'il consacre à l'heure actuelle à l'enseignement primaire.

Il y a d'autres mesures que le Sénégal peut prendre pour réduire la lourde ponction que supposent de tels chiffres sur les recettes publiques. Il pourrait accroître la taille des classes, tout au moins dans les zones urbaines, ce qui permettrait de réduire les coûts unitaires. La progression des rémunérations des enseignants pourrait être moins rapide que celle des revenus moyens. Les crédits relativement importants consacrés à l'enseignement supérieur pourraient être réalloués à l'enseignement primaire et secondaire si le petit nombre de privilégiés qui font des études supérieures supportait une plus grande partie des coûts de leur scolarité.

Plutôt que de s'attacher à généraliser l'enseignement primaire, le Sénégal pourrait aussi choisir d'améliorer la qualité de l'enseignement, ce qui implique une augmentation des coûts unitaires. Il serait probablement plus productif d'affecter à l'amélioration de la qualité de l'enseignement les ressources économisées grâce à un ralentissement de la croissance démographique que de mettre tout en oeuvre pour assurer une rapide expansion du système si l'accroissement de la population se poursuit. Toutefois, il sera difficile d'améliorer la qualité de l'enseignement tant qu'une plus grande partie de la population n'aura pas accès à l'éducation de base, et cet objectif lui-même s'éloignera si le nombre des enfants d'âge scolaire continue d'augmenter.

SANTE. Selon la projection type, la population du Sénégal devrait passer de 6,6 millions d'habitants en 1985 à 10,1 millions en l'an 2000 et à 17,2 millions en 2025, soit environ trois fois plus qu'à l'heure actuelle. Avec l'hypothèse basse, les chiffres s'établissent, respectivement, à 9,2 millions en l'an 2000 et 13,1 millions en 2025.

A l'heure actuelle, le Sénégal dépense 5 dollars par personne pour la santé, soit approximativement 5 %

Tableau 11. Sénégal : Projection des dépenses de santé et part de celles-ci dans les recettes publiques selon différentes hypothèses concernant l'accroissement démographique, 1980–2025
(en millions de dollars)

Année	Diminution type de la fécondité		Diminution rapide de la fécondité	
	Coûts	Part de la santé dans les recettes publiques (%)	Coûts	Part de la santé dans les recettes publiques (%)
1980	28,5	4	28,5	4
2000	50,6	6	46,0	6
2025	85,9	5	65,5	4

des recettes de l'Etat en 1983. Sans augmentation des dépenses par habitant et sans amélioration de la qualité des services fournis, les dépenses publiques de santé dans le cadre de la projection type doubleraient presque entre 1980 et l'an 2000 et tripleraient en 2025 (Tableau 11). Avec l'hypothèse basse, les économies réalisées seraient faibles au départ, mais s'accroîtraient par la suite dans de très fortes proportions. En 2025, elles représenteraient 20 millions de dollars, soit plus de 65 % des dépenses publiques de santé en 1980.

Selon la projection type, la généralisation de l'enseignement primaire et la mise en place de services rudimentaires de santé pour l'ensemble de la population représenteront en l'an 2000 environ 30 % des recettes publiques du Sénégal. Cependant, la situation sanitaire dans la plupart des pays africains et spécialement des pays d'Afrique de l'Ouest est loin d'être satisfaisante. Dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest, 10 % seulement de la population ont accès à des services de santé. Par conséquent, il est probable que toute amélioration dans ce domaine se traduira par une augmentation très importante des coûts.

Avec une expansion économique plus rapide et des services plus efficaces, le problème financier perdrait de son acuité. Toutefois, la fourniture de services de santé et d'éducation à des populations de plus en plus nombreuses pose d'autres problèmes qui ne sont pas abordés ici. Dans certains pays, le développement de ces services peut être davantage entravé par le manque d'administrateurs qualifiés que par le manque de fonds. D'un côté, les gouvernements doivent consacrer davantage de crédits à l'éducation et à la santé par habitant s'ils veulent créer un climat propice à la

Encadré 4. Croissance démographique, épargne et capital

Le volume de production qu'on peut atteindre avec une quantité donnée de ressources et de capital dépend de plusieurs facteurs et notamment du fonctionnement de l'économie, des débouchés qui existent, des possibilités d'échanges internationaux et de la solidité des institutions. Un modèle simple, ne faisant intervenir que deux facteurs, le travail et le capital, permet d'illustrer l'un des aspects de cette réalité complexe.

Le modèle suppose que la production de chaque unité de travail exige une quantité fixe de capital, de sorte que la production est proportionnelle au capital. Plus il faut de capital, plus il faut d'épargne. La production par habitant n'augmente que si l'épargne et par conséquent l'accumulation de capital sont suffisantes pour que la production s'accroisse plus rapidement que la population. Le tableau montre, en fonction de diverses hypothèses quant aux besoins en capital et compte tenu des taux d'épargne actuels, quel est l'accroissement maximum de la population qu'un pays peut supporter pour que le revenu par habitant reste constant. La colonne de gauche indique différents coefficients marginaux de capital. Le coefficient marginal de capital mesure la quantité de capital supplémentaire nécessaire pour une unité supplémentaire de production. Lorsque la main-d'oeuvre est rare, comme c'est le cas dans les pays développés, le coefficient marginal de capital est généralement élevé, ce qui veut dire que, pour accroître la production, on a surtout recours au capital. Idéalement, les pays qui ont beaucoup de main-d'oeuvre devraient avoir un

coefficient marginal de capital relativement bas. Si la main-d'oeuvre est abondante et le coefficient de capital élevé—comme dans quelques pays en développement—on peut généralement en conclure que le capital n'est pas utilisé de façon efficace. Ce manque d'efficacité se traduit, pour un niveau donné d'épargne, par un accroissement plus lent de la production.

En comparaison des autres pays en développement, le taux d'épargne des pays à faible revenu d'Afrique est faible, et il diminue : en 1979, l'épargne intérieure brute représentait en moyenne 5 % du PIB environ. En Afrique, le coefficient marginal de capital varie entre 3 et 10, ce qui signifie que le taux maximum de croissance démographique tolérable, si l'on veut maintenir le revenu par habitant à un niveau constant, est 1,67 % par an, soit un taux très nettement inférieur au taux actuel.

Croissance démographique maximale compatible avec un revenu constant par habitant et des rendements d'échelle constants

Coefficient de capital	Taux d'épargne				
	0,05	0,10	0,15	0,20	0,25
2,0	0,0250	0,0500	0,0750	0,1000	0,1250
3,0	0,0167	0,0333	0,0500	0,0667	0,0833
4,0	0,0125	0,0250	0,0375	0,0500	0,0624
5,0	0,0100	0,0200	0,0300	0,0400	0,0500
10,0	0,0050	0,0100	0,0150	0,0200	0,0250

Source : Hansen (1984).

diminution de la fécondité et, de l'autre, la rapidité de la croissance démographique entraîne mathématiquement une augmentation des dépenses indispensables, ce qui limite d'autant les possibilités d'accroître les crédits alloués pour améliorer la situation.

Conclusions

Avec les capitaux, les spécialistes et les gestionnaires nécessaires, et avec les progrès de la technique, il serait possible d'atténuer les difficultés qu'implique un rapide accroissement de la population. On pourrait alors accélérer le développement agricole et industriel, prendre des mesures de conservation des sols, planter des arbres et les protéger jusqu'à leur maturité, et améliorer les systèmes d'éducation et l'infrastructure urbaine. Mais les ressources financières et humaines sont loin d'être suffisantes pour mener toutes ces tâches de front.

Pour accélérer l'expansion économique en Afrique, il faut notamment accroître l'épargne et utiliser plus

efficacement les ressources disponibles. Mais les taux d'épargne en Afrique sont faibles et continuent de diminuer, et il en est de même pour ce qui est de l'utilisation du capital disponible (voir Encadré 4). La pénurie de main-d'oeuvre qualifiée et de gestionnaires limite les progrès techniques, et les économies d'échelle qui pourraient être réalisées (dans l'agriculture par exemple) sont difficiles à obtenir même avec des intrants supplémentaires.

Le ralentissement de la croissance démographique ne permettra pas en soi de résoudre l'un ou l'autre de ces problèmes, mais il accordera un certain répit et il donnera le temps d'accumuler des ressources, la main-d'oeuvre qualifiée et les connaissances nécessaires pour appliquer des solutions et en recueillir les résultats. A court terme, ce sont les pauvres en général et les femmes et les enfants en particulier qui manifesteront profiteront d'une baisse de la fécondité au niveau de la famille. A terme, c'est l'ensemble de la société qui en recueillerait les bienfaits.

3

Ralentir la croissance démographique

Dans de nombreux pays, les politiques et programmes mis en place pour freiner la croissance démographique se sont révélés efficaces. Bien que limitées, les expériences tentées en Afrique donnent à penser que les stratégies adoptées permettraient également d'obtenir des résultats positifs. L'Afrique a l'avantage de pouvoir bénéficier des enseignements tirés par d'autres pays. Pour chaque pays d'Afrique, le défi consiste à formuler des politiques et des programmes démographiques adaptés à ses propres réalités culturelles, sociales et économiques.

Ces politiques et programmes sont fondés sur trois approches. La première consiste à agir, directement ou indirectement, sur les avantages et les coûts que représente un enfant au foyer de sorte à inciter davantage de parents à opter pour une famille réduite. La deuxième consiste à faire accepter socialement le concept du planning familial en diffusant des informations sur les avantages de la régulation des naissances et sur la façon dont elle doit être pratiquée. La troisième enfin vise à promouvoir le développement des services de planning familial pour que les couples puissent plus facilement éviter les grossesses non désirées.

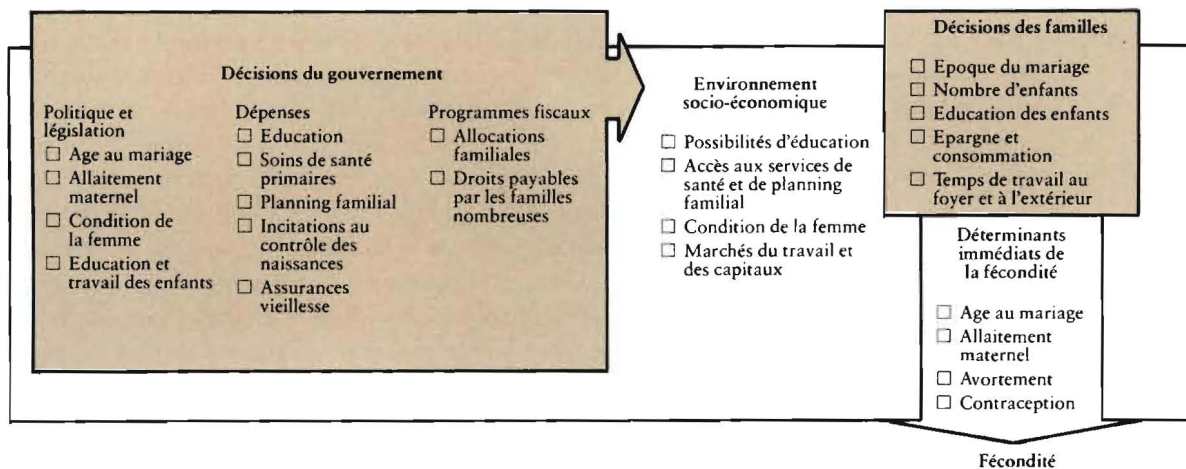
Le présent chapitre analyse les mesures qui visent à inciter les parents à réduire le nombre des naissances et à créer un consensus sur la légitimité du planning familial. Il évalue également la demande potentielle de services de planning familial. On ana-

lysera quatre approches destinées à promouvoir le principe de la famille réduite, qui se sont révélées efficaces et pratiques dans d'autres continents : amélioration de la santé des enfants; développement de l'éducation, et particulièrement de l'éducation des femmes; amélioration de la condition de la femme; et réforme des lois et règlements qui touchent la contraception. On analysera également deux solutions moins éprouvées : la fourniture de services sociaux à titre onéreux, et les mesures natalistes ou anti-natalistes directes. En ce qui concerne la stratégie à adopter pour faire accepter socialement le principe du planning familial, ce chapitre met l'accent sur la nécessité d'atteindre non seulement les femmes, mais aussi les hommes ainsi que les jeunes et tous ceux qui en général sont en âge de procréer. Comme on le verra à la fin de ce chapitre, il existe une forte demande potentielle de planning familial si l'on en juge d'après la fréquence de l'avortement et le fait que, dans quelques régions d'Afrique dotées de services de planning familial de qualité, un quart des couples, voire davantage, y ont recours, même dans les régions rurales.

Comment amener les couples à désirer des familles réduites

Comme le soulignait le *Rapport sur le développement dans le monde 1984*, toute politique qui

Figure 7. Comment les décisions du gouvernement influencent celles des familles



Source : Banque mondiale (1984b).

influe sur la santé, l'éducation, la condition de la femme et la valeur économique des enfants a pour effet de modifier les comportements individuels à l'égard de la procréation et de la régulation des naissances (voir Figure 7). La question n'est donc pas de savoir si la politique de l'Etat influence les individus, mais plutôt de savoir de quelle manière et dans quelle mesure.

La plupart des Africains tirent leur subsistance de l'agriculture et, comme on l'a montré au Chapitre 1, les conditions de vie traditionnelles dans les campagnes ainsi que la forte mortalité infantile, le faible niveau d'alphabétisation et les options limitées qui s'offrent aux femmes sont autant de facteurs qui tendent à encourager les familles nombreuses. Les parents considèrent souvent qu'il est de leur propre intérêt d'avoir de nombreux enfants même si la rapidité de la croissance démographique compromet les perspectives de développement du pays dans son ensemble. Cela est encore plus vrai lorsque la société décharge les parents d'une partie des coûts que représente la présence d'un enfant au foyer, par exemple en fournissant gratuitement ou en subventionnant les services d'éducation et de santé. En diluant les responsabilités que représente le fait d'élever des enfants, la famille élargie—commune dans une bonne partie de l'Afrique—produit les mêmes effets.

En Afrique, la fécondité effective est élevée et les familles nombreuses populaires (voir Tableau 12). Dans les dix pays d'Afrique où ont été conduites des études sur la taille souhaitée des familles (voir Enca-

dré 5), la fécondité effective était en moyenne de 6,7 à la fin des années 70, chiffre plus élevé que dans n'importe quelle autre région du monde à l'exception du Moyen-Orient. Dans ces dix pays, le nombre d'enfants souhaité était en moyenne de 7,5 à la fin des années 70, chiffre nettement supérieur à la moyenne enregistrée dans les autres régions.

A mesure que le développement progresse, les économies et les cultures évoluent en général de telle sorte que les couples ont intérêt à réduire la taille de la famille. La politique démographique a pour but d'accélérer cette évolution et elle peut le faire tout en sauvegardant les droits des individus et en protégeant les valeurs culturelles. En fait, les politiques démographiques les plus efficaces protègent les principes traditionnels tels que celui qui consiste à faire du bien-être familial le principal objectif de l'activité économique ou celui selon lequel chaque membre de la communauté mérite respect et protection. En élargissant les options offertes aux individus, ces politiques peuvent en fait préserver ces valeurs beaucoup mieux que les mesures prises dans le simple but de maximiser l'expansion économique à court terme.

Amélioration de la santé des enfants

A court terme, l'amélioration de la santé infantile accélère la croissance démographique; à plus long terme, elle la ralentit. Sans une amélioration de la santé des enfants, il est difficile de réduire notablement le taux de natalité. Les mesures qui visent à

améliorer la santé et à réduire la mortalité vont des programmes d'éducation des mères de famille aux politiques conçues pour étendre à tous les services de soins de santé de base (voir Encadré 6).

Lorsque le taux de survie augmente, il n'est plus nécessaire d'avoir autant d'enfants pour "remplacer" les enfants qui sont morts ou d'avoir davantage d'enfants afin de préserver l'avenir et de se prémunir ainsi contre l'éventualité de décès futurs. Il ressort d'une étude effectuée dans 25 pays en développement de tous les continents qu'une diminution de la mortalité de un enfant par famille entraîne une baisse de fécondité de près de 0,5 naissance, compte tenu de l'âge de la mère, de son niveau d'instruction et de son appartenance à une communauté rurale ou urbaine. Les deux pays africains inclus dans cette étude—le Kenya et le Lesotho—ont enregistré l'un et l'autre une diminution de la fécondité d'un peu plus de 0,4 naissance lorsque la mortalité a diminué d'un enfant par famille.

Ces chiffres se traduisent effectivement, tout au moins pendant un certain temps, par une augmentation globale du nombre des enfants. A plus long terme toutefois, les effets sont plus importants : avec un certain décalage notamment, les parents se ren-

dent compte qu'ils n'ont pas besoin d'avoir plus d'enfants pour s'assurer contre l'avenir. A mesure que s'améliorent la santé infantile ainsi que les possibilités d'éducation et d'accroissement du revenu réel, les parents désirent moins d'enfants pour pouvoir consacrer à chacun d'eux davantage de temps et de ressources. Au cours des 30 dernières années, aucun des pays dans lesquels l'espérance de vie demeure inférieure à 53 ans n'a enregistré de diminution soutenue de la fécondité, laquelle est a priori liée à un facteur important : l'obtention d'un niveau assez faible de mortalité. (Mais ce n'est pas une condition nécessairement suffisante; la fécondité n'a pas encore diminué de façon notable dans les quelques pays d'Afrique où l'espérance de vie s'est allongée.)

Développement de l'éducation

L'éducation, particulièrement l'éducation des femmes, est l'un des facteurs qui influe le plus sur la fécondité. Il y a tout lieu de penser que la scolarisation des filles, en élargissant les possibilités qui s'offrent aux femmes, entraînera une réduction de la fécondité. De plus, en s'attachant dès maintenant à développer l'éducation, on peut réduire ipso facto la

Tableau 12. Nombre d'enfants souhaités et indices synthétiques de fécondité

Pays ou région	Année de l'enquête	Nombre d'enfants souhaités en fonction de l'âge de la mère			Indice synthétique de fécondité
		15-19 ans	45-49 ans	Total	
Bénin	1981-82	7,2	8,0	7,6	7,3
Cameroun	1978	6,5	8,6	8,0	6,4
Côte d'Ivoire	1980-81	7,5	9,6	8,4	7,2
Ghana	1979-80	5,2	7,3	6,0	6,1
Kenya	1977-78	6,6	8,7	7,2	7,9
Lesotho	1977	5,6	7,3	6,0	6,0
Mauritanie	1981	8,3	9,4	8,8	7,5
Nigéria	1981-82	8,2	8,7	8,4	6,3
Sénégal	1978	8,3	8,4	8,3	7,1
Soudan (nord)	1979	5,4	6,5	6,4	5,6
Afrique subsaharienne	1977-82	7,0	8,3	7,5	6,7
Afrique du Nord (3 pays)	1978-80	4,1	5,2	4,4	5,3
Moyen-Orient (4 pays) ^a	1976-79	4,3	6,2	5,2	6,8
Asie (10 pays) ^b	1974-78	3,2	4,3	4,0	4,7
Amérique latine (13 pays)	1975-79	3,3	5,5	4,3	4,7

Note : L'indice synthétique de fécondité est estimé pour la période de deux ans précédant chaque enquête.

a. Trois enquêtes réalisées en 1978 ou 1979.

b. Neuf enquêtes réalisées entre 1974 et 1976.

Source : Cochrane et Farid (1985).

fécondité car les parents seront plus disposés à limiter le nombre de leurs enfants pour être en mesure de les scolariser.

Une femme instruite est mieux armée pour trouver un emploi ou cultiver d'autres intérêts en dehors de ses tâches traditionnelles. Les femmes instruites doivent donc consentir un plus grand sacrifice si elles décident d'avoir six, sept ou huit enfants; il est probable qu'elles transigeront en ayant moins d'en-

fants pour avoir le temps de faire autre chose. Généralement, les femmes instruites retardent leur mariage afin de terminer leurs études ou de continuer à travailler. Comme les enfants représentent une plus grande dépense de temps et d'énergie pour les mères que pour les pères, il n'est pas surprenant que le niveau d'instruction des femmes influe davantage sur la fécondité que celui des hommes. Mais lorsqu'ils sont instruits, les hommes et les femmes sont aussi

Encadré 5. Comment connaître le nombre d'enfants souhaités par les couples

Les questions posées lors des enquêtes concernant la taille idéale de la famille permettent-elles vraiment de déterminer le nombre d'enfants souhaités? Selon certains enquêteurs, les réponses données à ce sujet n'ont guère de sens ou, dans le meilleur des cas, ne sont pas fiables. Ils font valoir que, dans les pays en développement, la plupart des femmes n'ont pas l'habitude de programmer les naissances ou ignorent tout de la contraception. Les démographes utilisent plusieurs mesures pour évaluer le nombre d'enfants souhaités d'après les réponses des enquêtés : deux de ces mesures sont les besoins non satisfaits et la taille idéale de la famille.

L'évaluation des besoins non satisfaits est fondée sur les résultats des enquêtes sur la fécondité réalisées au cours des dix dernières années auprès d'un échantillon représentatif à l'échelon national. On a demandé aux femmes : "Voulez-vous d'autres enfants?" Les femmes qui risquaient d'être enceintes (c'est-à-dire celles qui n'étaient ni en état de grossesse, ni stériles) mais qui ne voulaient plus d'enfants et qui ne pratiquaient aucune méthode de contraception étaient considérées comme ayant un besoin non satisfait de *limitation* des naissances. Dans quelques enquêtes, on a aussi demandé aux femmes : "Voulez-vous attendre un an ou plus avant votre prochaine grossesse?" Les femmes exposées à ce risque, qui ont répondu par l'affirmative mais qui ne pratiquaient aucune méthode de contraception, ont été considérées comme ayant un besoin non satisfait d'*espacement* des naissances.

Quatre-vingt-dix pour cent des femmes ont répondu plusieurs fois de la même façon, sur une certaine période, à la question de savoir si elles voulaient d'autres enfants, et leurs réponses sont des indicateurs raisonnablement fiables tant de l'emploi des contraceptifs que de la fécondité future. Dans les pays sur lesquels a porté l'Enquête mondiale sur la fécondité, les contraceptifs étaient toujours plus largement utilisés par les femmes ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants que par les femmes en voulant davantage.

Les critiques touchant au manque de fiabilité des

réponses sont plus justifiées pour les questions concernant la taille idéale de la famille ("Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous aurez dans votre vie, combien en auriez-vous?"). Cette question renferme d'importants éléments hypothétiques étant donné que les femmes ne peuvent pas choisir le nombre d'enfants qu'elles auront sans que cela suppose un coût pour elle, ne peuvent pas avoir moins d'enfants qu'elles n'en ont déjà et doivent imaginer d'autres cycles de vie avec un nombre d'enfants différent. Les réponses à de telles questions sont donc souvent contradictoires lorsque la question est posée à deux époques différentes. En Indonésie, par exemple, 46 % seulement des femmes interrogées à nouveau quatre mois après la première enquête ont répondu de la même façon à la question concernant le nombre idéal d'enfants. Les réponses sont parfois non numériques ("Je ne sais pas" ou "Autant que Dieu m'en donnera"). Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la proportion des réponses non numériques était en moyenne de 20 % environ. En Asie, la moyenne n'était que de 8 %. L'important pourcentage de réponses non numériques à la question concernant le nombre idéal d'enfants n'a apparemment pas biaisé les moyennes globales ou les moyennes par âge. Il ressort d'une analyse de probabilités réalisée au Bangladesh (où les réponses non numériques atteignaient 30 %) que les chances d'obtenir une réponse non numérique étaient les mêmes à toutes les parités. Les simulations effectuées pour déterminer la taille idéale de la famille dans certains pays d'Afrique ont donné des moyennes similaires à celles obtenues dans le cadre des enquêtes directes.

Le pourcentage de réponses non numériques diminue de façon uniforme à mesure que le développement progresse ou que les services de planning familial s'étendent. Lorsque les techniques de régulation des naissances se répandent et deviennent acceptables, les couples se responsabilisent et décident eux-mêmes du nombre d'enfants qu'ils souhaitent mettre au monde.

souvent plus réceptifs au message du planning familial et peuvent être mieux à même de suivre un certain contraceptif (la pilule par exemple).

Lorsque la scolarisation des enfants devient du domaine du possible et se traduit par une évaluation des revenus, les parents aujourd'hui se trouvent de-

vant un choix différent. Parmi l'élite urbaine de l'Afrique, le désir d'assurer l'instruction des enfants est l'une des principales causes qui incite à réduire la taille des familles.

Tout gouvernement qui souhaite abaisser la fécondité devrait confier un rôle important au ministère de

Encadré 6. Stratégies et programmes visant à réduire la mortalité infantile et juvénile

La santé des enfants dépend de celle de leur mère. Une mère jeune et mal nourrie donne le jour à un enfant fragile, exposé aux infections diarrhéiques ou respiratoires. Dans les classes aisées, où les mères sont instruites et les familles peuvent subvenir à leurs besoins (nourriture, eau potable et soins de santé), la plupart des nourrissons survivent sans problèmes. Dans les pays pauvres d'Afrique, 15 à 20 % des petits meurent dans leur première année d'existence et 25 % avant l'âge de cinq ans. Lorsqu'elle cesse rapidement d'allaiter son enfant, la mère se trouve bientôt enceinte à nouveau, et le cycle recommence.

La plupart des pays subsahariens s'emploient actuellement à mettre en place des systèmes de soins de santé de base qui permettent de prévenir et de soigner certaines des affections les plus communes. Ces systèmes sont axés sur les éléments suivants :

- Primauté accordée aux soins maternels et infantiles, développement de la médecine préventive et rentabilisation de la médecine curative
- Intensification correspondante des programmes de formation des infirmières et des agents de santé de base
- Création de services de santé mobiles pour servir les localités et les régions rurales.

Techniquement parlant, ces mesures sont relativement simples, et on peut faire beaucoup avec quelques dollars par habitant et par an. Les projets pilotes et des projets de santé primaires réalisés dans les pays en développement montrent qu'on peut obtenir une amélioration marquée de l'état de santé avec des dépenses de fonctionnement annuelles de l'ordre de 5 à 15 dollars par habitant, selon la gamme des activités entreprises. Les coûts sont plus élevés lorsqu'il faut ajouter des programmes de nutrition. Comme on l'a vu au Chapitre 2, le planning familial lui-même peut beaucoup contribuer à améliorer la santé des enfants.

La malnutrition intervient dans un tiers ou deux tiers des affections les plus communes dans de nombreux pays, et plus encore dans les régions où sévissent de graves pénuries alimentaires. En Somalie, un quart des moins de cinq ans souffre d'une grave malnutrition protéique et calorique; la moitié environ des femmes et un tiers des hommes sont anémiques. En

Zambie et au Zimbabwe, environ un sixième des enfants de moins de cinq ans sont mal nourris.

En Afrique, la malnutrition est si généralisée qu'il faut, pour la traiter, entreprendre des programmes extrêmement vastes. Parmi les mesures à prendre, il convient de citer les politiques et programmes agricoles tendant à stimuler la production, particulièrement chez les exploitants pauvres (politiques des prix, accès au crédit, intrants et technologie et aide à la commercialisation), les programmes d'aide alimentaire et d'alimentation complémentaire destinés à des populations cibles, et l'éducation concernant l'espacement des naissances, l'allaitement maternel, le sevrage, l'alimentation des enfants et l'hygiène.

La contamination de l'eau (qui est souvent une source d'infection) et le manque d'eau en général, ainsi que l'insuffisance des services de santé de base et la mauvaise nutrition, accroissent la mortalité infantile. Dans les régions rurales, les mères de famille qui doivent aller chercher l'eau et la transporter en ont rarement assez pour préserver la santé de la famille. Au Burkina Faso, par exemple, un quart seulement de la population a accès à l'eau potable, et la moitié seulement des citadins sont reliés au réseau d'assainissement. Les remèdes évidents sont notamment les programmes d'alimentation en eau des régions urbaines et le forage de puits dans les régions rurales, les programmes généraux d'assainissement dans les régions rurales et la construction de canalisations d'égouts dans les régions urbaines, et l'éducation sanitaire.

Enfin, l'éducation des mères peut beaucoup contribuer à préserver la santé des enfants. D'après ce qu'on a constaté dans un grand nombre de pays en développement, un enfant dont la mère est illettrée a deux fois plus de chances de mourir qu'un enfant né d'une mère qui a tout juste quatre années de scolarité. En Amérique latine, les taux de mortalité infantile et juvénile sont cinq fois plus élevés chez les enfants dont la mère n'a pas été scolarisée que chez ceux dont la mère a fait dix ans d'études ou plus. Le niveau d'instruction de la mère a un effet plus marqué sur la santé des enfants que le niveau d'instruction du père.

l'éducation et au ministère de la santé. Les programmes éducatifs qui visent à promouvoir une politique de réduction de la fécondité peuvent être conçus autour de quatre grands principes.

DEVELOPPEMENT DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE. Dans la plupart des pays d'Afrique, les contraintes budgétaires sont telles qu'il est difficile d'assurer un enseignement primaire de base sans amputer la part des crédits budgétaires consacrés à l'enseignement secondaire, professionnel et universitaire. Cela n'implique pas nécessairement une réduction des programmes à ces niveaux, mais cela signifie en fait qu'il faut répercuter une part plus importante des coûts de l'enseignement postprimaire sur les parents en instituant des systèmes de droits de scolarité et de prêts. Pour maintenir la qualité de l'enseignement, certains pays envisageront éventuellement de réduire les dépenses non directement liées aux programmes scolaires eux-mêmes—installations et services de pensionnat ou bâtiments scolaires, par exemple. Dans certains pays (au Kenya par exemple) les parents construisent souvent les écoles tandis que l'Etat fournit les enseignants et l'équipement.

AMELIORATION DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE. Dans la plupart des pays d'Afrique, les taux d'abandon après quelques années d'études primaires seulement sont élevés, d'où un gaspillage considérable des ressources. Sur le plan de la rentabilité économique, il serait préférable d'améliorer l'enseignement plutôt que de le développer en conservant le niveau de qualité actuel (qui est médiocre). Il peut être moins coûteux à long terme d'accroître l'offre de manuels scolaires et de matériel pédagogique, de développer la formation en cours d'emploi, d'assurer davantage de supervision et d'instituer des barèmes de traitements au mérite que de réduire le rapport élèves/enseignants ou d'allonger la durée des études dans des écoles médiocres. D'autre part, si les enfants profitent manifestement de leur scolarité, les parents seront peut-être encouragés à les laisser à l'école et même à commencer à payer des droits de scolarité.

INTRODUCTION DE PROGRAMMES D'INITIATION A LA VIE FAMILIALE. De nombreux pays d'Afrique préconisent de plus en plus d'introduire, dans les programmes scolaires, des cours sur la santé et l'initiation à la vie familiale. Cette dernière ne doit pas nécessairement prendre beaucoup de temps, et la biologie humaine est un sujet qui permet d'aborder des con-

cepts scientifiques plus larges. On peut, en organisant des discussions sur les avantages d'un mariage plus tardif et l'espacement des naissances dans le cadre de la responsabilité parentale, contribuer à intégrer le planning familial et les principes de santé modernes dans les aspects quotidiens du développement. Plusieurs pays d'Afrique (dont la Sierra Leone, la Somalie et le Zimbabwe) ont déjà introduit de tels cours dans certaines écoles.

DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION DES ADULTES, ET PARTICULIEREMENT DE L'EDUCATION DES FEMMES. Il n'existe pas d'études statistiques concernant l'impact de l'éducation des adultes sur la fécondité, mais les programmes d'éducation non formelle permettent de modifier les comportements et de diffuser les informations sur le planning familial. On peut aussi organiser des cours et des discussions dans des lieux de réunion naturels—centres de village, marchés, dispensaires—pour diffuser des informations sur la santé et le planning familial. Dans certains pays, cette tâche est confiée aux agents de santé, mais les instituteurs locaux pourraient probablement être tout aussi efficaces.

Amélioration de la condition de la femme

Pour promouvoir la réduction de la taille des familles, il est capital d'améliorer la condition de la femme sur les plans économique et politique afin d'élargir la gamme de possibilités qui s'offrent à elles. En Afrique, le jeune âge des femmes qui se marient, la fréquence de la polygamie, l'inégalité de la répartition des tâches entre les sexes et le faible niveau d'instruction des femmes sont autant de facteurs qui se conjuguent pour maintenir les femmes dans une condition subalterne. Bien que, dans nombre de cas, les Africaines assurent le principal soutien économique de leurs enfants, essentiellement par leurs travaux aux champs et le petit commerce qu'elles pratiquent, les possibilités économiques et sociales qui leurs sont ouvertes sont extrêmement limitées en comparaison de celles qui s'offrent aux hommes. De fortes pressions sociales poussent les femmes à se marier et à avoir des enfants, ce qui élargit leur réseau de parenté. Le respect manifesté par la communauté à l'épouse et à la mère et l'opprobre qui entoure la femme célibataire ou sans enfant suscitent un désir intense de jouer un rôle familial. Les mariages précoces, qui unissent souvent la femme à un homme

Encadré 7. Fécondité et condition de la femme : L'évolution de la situation au Kenya

Un étude anthropologique a été effectuée récemment dans cinq provinces du Kenya. Elle visait à analyser les attitudes à l'égard de l'espacement des naissances et de la limitation des naissances dans les régions rurales du pays, ainsi que les facteurs qui influent sur ces attitudes. Il ressort de cette étude, basée sur les entretiens des enquêteurs avec de petits groupes de femmes sur des sujets spécifiques, que la transformation des données socio-culturelles et juridiques qui concernent les femmes, particulièrement celles qui ont trait à la dot et au droit de la succession en matière immobilière, entraîne une réduction du nombre d'enfants souhaités.

Dans certaines régions du Kenya on a enregistré un recul de la polygamie et de la pratique de la dot, qui tend même à disparaître. Cette évolution ainsi que la "nucléarisation" de la famille et l'importance accrue accordée au lien conjugal modifient l'idée que les femmes se font d'elles-mêmes ainsi que leur rôle familial. Dans la plupart des groupes ethniques au Kenya, l'usage est de payer une dot importante, et c'est essentiellement la raison pour laquelle les hommes et les membres de leurs clans exigent que les femmes aient beaucoup d'enfants. Avec les difficultés économiques et le développement de l'éducation toutefois, les dots sont devenues moins généreuses et, de plus en plus, c'est l'homme lui-même qui la paie sur son salaire. L'influence des parents en a été réduite et le mariage est devenu une affaire plus personnelle, ce qui a resserré les liens conjugaux. La plus grande

liberté dont jouissent les conjoints transforme également les rapports conjugaux, améliore la communication entre mari et femme, et donne à la femme plus de poids dans les décisions familiales, notamment en ce qui concerne le nombre des enfants.

Les nouvelles lois sur la propriété foncière et les successions ont eu des effets encore plus grands : elles donnent aux femmes des droits de propriété beaucoup plus étendus qu'auparavant. La réforme du droit des successions en matière foncière—la propriété n'étant plus clanique ou familiale, mais individuelle—est bien avancée dans l'ensemble du pays sauf dans les régions d'élevage pastoral. Les nouvelles lois foncières visent à empêcher les femmes et les enfants d'être dépossédés de tout bien foncier. Elles interdisent aux hommes de vendre la terre dont leurs femmes et leurs enfants ont besoin pour subsister et qui devra un jour revenir aux enfants. Une loi successorale adoptée en 1972, mais appliquée en 1980–81 seulement, prévoit que toutes les personnes à charge du *de cuius* (les fils et les veuves, mais aussi les filles) doivent hériter de ses biens. En cas de mort *ab intestat*, tous les enfants reçoivent une part égale des biens du défunt, qui sont généralement des terres dans les régions rurales. Ces lois successorales, outre qu'elles renforcent l'autonomie économique des femmes, suscitent également chez l'homme une prise de conscience accrue du coût économique des enfants, vu que chaque nouvelle naissance réduit la superficie des terres dont héritera chaque enfant.

âgé, accentuent son sentiment de dépendance à l'égard de la famille de son époux.

Dans le secteur agricole, la situation économique des femmes africaines s'est sans doute détériorée au cours des dernières décennies. Les Africaines ont traditionnellement eu le droit de cultiver un ou plusieurs lopins de terre, qui permettent de faire subsister la famille et parfois de produire un excédent que l'on pourra vendre sur le marché local. Dans certaines régions d'Afrique, tel n'est plus le cas. A la suite des réformes agraires officielles et de l'extension des droits de propriété privée, les femmes ont perdu leurs droits de culture. Les hommes sont devenus propriétaires de la terre, soit individuellement, soit en tant que chefs de familles et les femmes n'ont plus aucun droit sur la terre si les hommes veulent l'aliéner ou si les femmes deviennent veuves, divorcent ou sont abandonnées. Les régimes de propriété et de succes-

sion qui refusent aux femmes une jouissance patrimoniale sûre sont de nature à les inciter à avoir des enfants et en particulier des fils.

De plus, comme les mouvements des prix relatifs ont évolué en faveur des villes au milieu et à la fin des années 70 et comme les hommes ont quitté les campagnes en masse pour trouver des emplois en ville, il est possible que la situation économique des femmes ait encore empiré. Dans les campagnes, les femmes, souvent ignorées par les agents agricoles de sexe masculin, ont rarement effectué la transition qui consiste à s'engager dans des activités agricoles marchandes et des activités productives non agricoles. Dans certains pays, de plus en plus de ménages ruraux sont désormais dirigés par des femmes. Au Kenya, c'est le cas de près du quart des ménages ruraux; au Botswana, qui est peut-être un cas extrême, une étude a conclu que 41 % des ménages

ruraux étaient dirigés par des femmes. Les femmes chefs de ménage sont probablement plus tributaires de leurs enfants pour ce qui est du travail et de la sécurité au moment de la vieillesse, ce qui renforce le désir traditionnel d'avoir de nombreux enfants.

La Côte d'Ivoire, l'Éthiopie et le Kenya ont récemment donné aux femmes le droit d'hériter et d'être propriétaires de biens (voir Encadré 7). En Côte d'Ivoire, le code de la famille interdit officiellement la polygamie et la dot. En Gambie, au Kenya et en Tanzanie, des programmes publics ont été lancés afin d'ouvrir aux femmes l'accès à une large gamme d'emplois, ainsi qu'au crédit et aux services de vulgarisation agricole. Toutefois, les nouvelles mesures législatives et l'orientation nouvelle donnée aux programmes ne se sont pas toujours traduites par des mesures concrètes. En Éthiopie, par exemple, il a été décidé en 1975 que la terre devait revenir à celui qui l'exploitait. En raison des coutumes, toutefois, les femmes ont difficilement accès aux coopératives et aux facilités de crédit et, de ce fait, les terres ont essentiellement été allouées aux hommes.

Les réformes législatives ne peuvent à elles seules transformer profondément la condition de la femme à court terme. Mais, à long terme, elles peuvent contribuer à faire évoluer les points de vue sur ce qui est socialement acceptable et à susciter des changements d'attitude qui en définitive entraîneront des changements de comportement. Par exemple, les lois qui relèvent l'âge minimum légal du mariage peuvent encourager les jeunes femmes à retarder leur mariage si elles le souhaitent; ces lois symbolisent la volonté du gouvernement d'améliorer la condition de la femme.

Les réformes législatives peuvent être complétées par une action spécifique tendant à réorienter les programmes publics de façon à mieux servir les femmes. Cela est particulièrement vrai dans le secteur agricole. Les responsables concernés peuvent prendre des mesures pour élargir l'accès des femmes non seulement à la propriété foncière, mais aussi aux nouvelles techniques de production des cultures vivrières, à la formation de base, au crédit et aux coopératives. Cette réorientation ne sera pas facile compte tenu des mentalités actuelles et du faible poids des femmes sur le plan politique. Les femmes devront être formées pour devenir des agents de vulgarisation, des enseignantes et des auxiliaires de santé, mais aussi des cadres, des techniciennes, des fonctionnaires et des responsables de partis politiques. Il va sans dire que de telles mesures se justifient

pour des raisons d'efficacité et d'équité, indépendamment même de la contribution qu'elles peuvent apporter à l'abaissement de la fécondité.

En renforçant les organisations de femmes, et en élargissant par là leurs possibilités d'action et leur contrôle sur leur propre environnement, on peut aussi contribuer à améliorer leur statut. Dans plusieurs pays d'Afrique, les femmes créent des organisations d'entraide fondées sur les traditions communautaires de coopération. Ces organisations peuvent plus facilement que des particuliers obtenir des crédits, de l'assistance technique et une aide de l'État et d'autres institutions. Les femmes qui font partie de ce type d'organisation préfèrent souvent des familles moins nombreuses et demandent des services de planning familial. Près de 22 % des femmes qui font partie de l'organisation féminine nationale du Kenya (Maendeleo ya Wanawake) pratiquent la contraception, contre 8 % seulement à l'échelle du pays (voir Encadré 8). On a observé le même phénomène dans des pays aussi divers que le Bangladesh, l'Indonésie et le Mexique.

Réformes des lois et règlements touchant la contraception

Les réformes législatives peuvent contribuer à promouvoir la réduction de la taille des familles. Premièrement, elles peuvent affirmer que le droit de chaque couple de décider de l'espacement des naissances et du nombre de ses enfants fait partie des droits fondamentaux de l'homme et reconnaître que l'exercice de ce droit implique l'accès à l'information et aux services de planning familial. Le Plan d'action mondial sur la population adopté par les Nations Unies en 1974 et réaffirmé en 1984 a consacré ces principes et est appuyé par presque tous les gouvernements.

Deuxièmement, on peut encourager les pratiques de régulation des naissances en assouplissant ou en éliminant les restrictions inutilement rigoureuses, par exemple en légalisant les contraceptifs, en élargissant les catégories de personnes autorisées à les fournir ou à les recevoir, et en autorisant la vente libre et la publicité des méthodes approuvées. Dans un grand nombre de pays africains, par exemple, les contraceptifs injectables ne sont généralement pas recommandés à moins que la femme n'ait déjà cinq enfants ou plus, alors qu'ils pourraient être utiles à bien des femmes qui en ont cependant moins. Les règlements qui exigent des femmes qui souhaitent se faire stériliser qu'elles aient largement dépassé la trentaine ou

Encadré 8. Le planning familial et les organisations féminines

C'est en 1979 que la plus grande organisation féminine du Kenya, Maendeleo ya Wanawake, a commencé à diffuser des informations sur le planning familial. Maendeleo compte quelque 7.500 groupes locaux et environ 300.000 membres. L'organisation a pour but de réaliser des projets pour améliorer le niveau de vie de ses membres. La moitié des opérations entreprises sont génératrices de revenus (élevage de volailles, de cochons ou de bétail, et commerce par exemple), un quart sont des projets d'auto-assistance (forage de puits, construction de maisons, etc.), 15 % concernent l'agriculture et 10 % la santé. Les membres de Maendeleo accumulent progressivement des ressources économiques qui leur sont propres, et environ la moitié des groupes sont propriétaires de biens.

Selon une enquête effectuée récemment auprès des femmes qui participaient aux réunions, 90 % environ des membres de Maendeleo sont des agricultrices mères de famille, à peu près un tiers ont suivi des cours pour adultes, deux cinquièmes ont quelques années d'études primaires et quelques-unes seulement ont un niveau d'instruction secondaire. Environ 25 % ont quatre enfants ou moins, 30 % ont cinq ou six enfants et près de 50 % en ont sept ou plus.

Pour faire bien comprendre les avantages de l'espacement des naissances, Maendeleo a recruté des volontaires dans les villages pour organiser un programme éducatif sur la santé et le planning familial, programme qui touche aujourd'hui la plupart des membres de l'organisation. Les volontaires ont été formés pendant une quinzaine de jours, et elles organisent maintenant des discussions sur le planning familial, qui durent souvent une demi-heure ou plus lors des réunions périodiques des groupes. Les volontaires orientent les femmes intéressées vers les dispensaires publics ou les cliniques privées, les accompagnant parfois pour les rassurer. Environ les trois quarts des membres de l'organisation interrogés dans cinq régions touchées par ce programme avaient entendu ces éducatrices ou des dirigeantes de Maendeleo parler du planning familial. Deux cinquièmes des femmes environ déclaraient pratiquer la contraception, contre approximativement 8 % à l'échelle du pays.

Comme les membres de l'organisation avaient des difficultés à obtenir des services de planning familial dans les dispensaires—ceux-ci étaient éloignés, les agents de planning familial s'étaient absentes de façon imprévue, il n'était pas possible d'avoir une consultation en privé et les traitements étaient dispensés à la va-vite—l'organisation Maendeleo a décidé de lancer des activités pilotes d'animation en demandant à des femmes des communautés locales d'aider à fournir les services de planning familial. L'organisation fournit

actuellement des services par l'intermédiaire de quatre-vingts animatrices réparties dans deux districts, (Kakamega et Murang'a), et elle s'emploie à élargir son action grâce au recrutement de 260 animatrices de plus pour servir quatre autres districts de la province centrale, de la province occidentale et de la région de Nyanza. Ces activités ont suscité un vif intérêt auprès de l'élite dirigeante du Kenya, où les membres de Maendeleo sont représentées au Parlement et occupent des postes clés dans d'autres organes politiques. Maendeleo est également représentée au Conseil national de la population et du développement du Kenya.

Plusieurs autres organisations féminines, toutes restreintes, ont développé leurs services de planning familial et se sont employées à élargir les possibilités offertes aux femmes avec l'aide de l'IPPF. Au Lesotho, par exemple, où bien des hommes travaillent loin du foyer, de nombreux ménages sont, dans la pratique, dirigés par des femmes. Dans la région de Rankala—qui comprend 28 villages montagnards écartés comptant 10.000 habitants qui vivent du travail migrant des hommes et de l'agriculture de subsistance des femmes—un programme de développement rural a été entrepris avec le concours de l'association du planning familial. La communauté s'est organisée pour installer des dispensaires, construire des latrines et aménager des potagers familiaux. Elle a obtenu une aide de l'Etat et d'autres organismes pour diverses activités : alimentation en eau, soins de santé et élevage de vaches laitières et de volailles et culture de maïs hybride, de sorgho et de haricots. Des services de planning familial et des campagnes d'information sont progressivement introduits dans les programmes de santé de base.

Au Togo, la Précoopérative des femmes Tsevie, en collaboration avec l'association de planning familial, a entrepris de promouvoir la production d'huile de palme et la fabrication de savon. Les femmes manquaient de fonds de roulement et d'équipement moderne et elles ne pouvaient pas acheter les matières premières en vrac ni au prix de gros. La coopérative a aidé à résoudre ces problèmes et elle a ensuite organisé des cours d'alphabétisation et d'éducation des adultes. Les femmes qui ont lancé l'opération se sont organisées et s'efforcent d'élargir le programme.

En Somalie, l'Union socialiste féminine (SWSU) a aidé à créer l'association nationale du planning familial. Elle appuie de vastes programmes d'information sur le planning familial et collabore à bien d'autres projets qui visent à développer les activités rémunérées des femmes et à améliorer la santé. La SWSU est présente dans tout le pays grâce à son action au niveau des villages.

qu'elles aient quatre ou cinq enfants sont peut-être aussi inutilement restrictifs.

Dans de nombreux pays, les contraceptifs figurent aujourd'hui sur la liste des médicaments essentiels qui sont fournis par les services nationaux de santé. Quelques pays permettent la distribution ou la vente sans ordonnance de certains contraceptifs oraux. En Gambie et au Zimbabwe, les agents paramédicaux (encadrés par des dispensaires) sont autorisés à distribuer des pilules contraceptives. Dans de nombreux pays, le personnel non médical qualifié (comme les sages-femmes) est autorisé à insérer des stérilets. Les réformes législatives récemment introduites au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Sénégal ont notamment consisté à abroger une loi française de 1920 qui interdisait la publicité ou la diffusion d'informations concernant les contraceptifs.

Services sociaux payants

Si les couples africains devaient prendre en charge une proportion plus importante du coût que supportent les enfants, ils décideraient peut-être d'en avoir moins. Une solution consiste à faire payer les services sociaux en facturant les utilisateurs ou en demandant aux parents qu'ils versent une contribution en espèces ou en nature, par exemple pour construire une nouvelle école ou un niveau dispensaire.

En règle générale, il est évident que, si un service coûte plus cher, la demande diminuera. Les responsables nationaux ne désirent sans doute pas décourager la fréquentation des écoles primaires ou des services de santé préventifs, en particulier par les pauvres, qui seront les plus pénalisés. Cependant, dans les endroits où ces services ne sont pas encore implantés et où les ressources publiques sont rares, le fait de faire payer les utilisateurs peut faciliter la mise en place des services. Les parents qui hésitent à envoyer leurs enfants dans des écoles éloignées seraient peut-être disposés à les envoyer dans une école locale, même s'ils devaient pour cela acquitter un droit de scolarité.

Quelques pays africains ont essayé de faire payer les soins de santé curatifs, tout au moins dans les régions où les revenus sont relativement élevés. Le Nigéria et la Tanzanie ont institué certains droits de scolarité (au Nigéria, les filles en sont exonérées) afin de pouvoir développer leur système éducatif, et il semble que les parents soient désormais enclins à avoir moins d'enfants pour être en mesure de les scolariser. Il n'est pas encore possible de déterminer

avec certitude si l'institution des droits de scolarité a découragé la fréquentation scolaire. Il est indéniable que la Tanzanie a atteint des taux de scolarisation remarquables; à l'heure actuelle, la grande majorité des garçons et des filles sont inscrits à l'école primaire.

Si les avantages qu'en retire la collectivité sont importants et si la demande privée d'un service donné est faible ou très sensible au prix (c'est le cas généralement pour l'enseignement primaire et certains types de soins de santé préventifs dans les régions rurales), la fourniture de services payants ne constitue pas une solution indiquée. Mais si la demande ne dépend pas tellement des prix et si le fait de payer le service ne réduit pas sensiblement le nombre de ceux qui l'utilisent (ce qui est souvent le cas pour la médecine curative et l'enseignement secondaire et universitaire dans les communautés urbaines aisées), la possibilité d'instituer des services payants mérite d'être étudiée. Les paiements reçus au titre des soins de santé curatifs peuvent contribuer à subventionner les soins de santé préventifs. Et si les familles aisées sont concentrées dans des zones déterminées, on peut les faire payer pour subventionner les services fournis aux pauvres. Des expériences de ce genre ont été tentées dans certaines régions du Kenya et sont actuellement à l'étude en Zambie.

Mesures d'incitation et de dissuasion

On peut inciter les individus, les couples ou les groupes à retarder ou limiter les grossesses ou à pratiquer la contraception. Les mesures d'incitation peuvent prendre la forme d'avantages en espèces ou en nature, ou de prestations de services (scolarisation ou assurance-vie par exemple). Le transfert peut être immédiat ou différé (comme dans le cas d'un plan de pension, dont le montant varie en fonction du nombre d'enfants). On peut également appliquer des mesures de dissuasion telles que la suppression ou la limitation des avantages sociaux, par exemple en n'octroyant le bénéfice du congé payé de maternité que pour deux ou trois naissances au maximum ou en n'accordant un droit d'admission prioritaire à l'école qu'au premier et au second enfant.

Les mesures d'incitation peuvent permettre de transférer aux parents une part plus importante des avantages que représente pour la société la réduction de la taille des familles. Mais les mesures d'incitation et de dissuasion peuvent être coûteuses et difficiles à gérer, particulièrement lorsqu'il s'agit d'incitations à

long terme ou d'incitations différées. Les programmes mal conçus peuvent exercer une influence indue sur les pauvres ou sur les illettrés. Ils peuvent pénaliser les enfants, qui n'ont aucun contrôle sur les décisions de leurs parents. Les mesures de dissuasion en particulier ne se justifient que si la population a facilement accès à différents types de contraception sûrs et efficaces et qu'elle est bien informée.

Jusqu'à présent, la seule solution essayée en Afrique consiste à supprimer les abattements fiscaux, les allocations familiales et les prestations de maternité au-delà d'un nombre déterminé de naissances. Au Nigéria et en Tanzanie, par exemple, les allègements fiscaux ne s'appliquent qu'aux quatre premiers enfants. Des mesures de ce genre sont certes utiles en ce sens qu'elles concrétisent les préoccupations des responsables gouvernementaux, mais les effets directs qu'elles ont sur la démographie sont réduits. Elles ne s'appliquent qu'à ceux, relativement peu nombreux, qui acquittent des impôts sur le revenu ou qui travaillent dans le secteur moderne, c'est-à-dire à des personnes qui, dans bien des cas, préfèrent déjà des familles peu nombreuses. D'autres solutions—telles que celles qui consistent à verser une modeste somme d'argent aux couples qui acceptent d'assister à des réunions d'information sur l'emploi des contraceptifs—peuvent être appropriées lorsque les services de planification familiale se développent. D'une façon générale toutefois, tant que les méthodes modernes de contraception ne seront pas plus largement disponibles, il est peu probable que les mesures d'incitation et de dissuasion constituent un élément important de la politique démographique en Afrique.

Création d'un consensus sur le planning familial

L'information et les programmes d'éducation sur les questions de population et de planning familial peuvent contribuer à faire évoluer les mentalités et à inciter les couples à avoir moins d'enfants. Les campagnes d'information peuvent être intégrées aux programmes de planning familial (comme on le verra dans le chapitre suivant) ou lancées par l'intermédiaire de moyens de communication plus larges : discours publics, discussions de groupe, presse et radio, théâtre, films, écoles et programmes agricoles. Les programmes d'information peuvent expliquer les avantages que représente la limitation des naissances pour le pays, la famille et l'individu. En Afrique, de nombreux programmes mettent l'accent sur le fait que la contraception moderne constitue un prolonge-

ment des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances. D'autres expliquent les avantages d'un mariage plus tardif, encouragent l'allaitement au sein et un plus grand espacement entre les naissances; ils cherchent à dissiper les malentendus qui existent à propos des contraceptifs, et ils expliquent où se les procurer. Ces programmes contribuent à présenter le planning familial comme un aspect normal du développement, qui respecte le passé mais tient compte des réalités contemporaines. Pour être efficaces, les programmes d'information doivent être adaptés en fonction des groupes visés et du contexte social dans lequel ces groupes évoluent.

Si l'on peut créer un consensus, il faut que l'information s'adresse non seulement à ceux qui sont directement concernés par le planning familial—utilisateurs effectifs et potentiels des méthodes de contraception, mais aussi aux dirigeants politiques et communautaires (notamment les chefs tribaux et les chefs religieux), aux membres des générations âgées, aux médecins, aux infirmiers et autres agents de santé. Si les dirigeants politiques et communautaires ou les membres de la profession médicale ne sont pas convaincus de la nécessité du planning familial, ils décourageront le recours à ces services et s'opposeront éventuellement à la distribution des contraceptifs. Il peut être particulièrement utile à cet égard que les hommes politiques écoutés prennent publiquement position.

La plupart des pays ont entrepris des campagnes d'information visant à créer un consensus sur les avantages du planning familial. Au Kenya et en Tanzanie, les responsables gouvernementaux ont souligné les conséquences de la rapidité d'un accroissement démographique sur le développement et insisté sur la nécessité du planning familial. Au Kenya, en Somalie et en Zambie, les organisations féminines profitent des réunions communautaires pour discuter du planning familial. Le Kenya a lancé des programmes d'information à l'intention du public rural en montant des scénettes folkloriques. Le Bénin a organisé des concours d'affiches sur le planning familial et créé un peu partout dans le pays des centres d'information à entrée libre. Même les pays où la mise en place de services de planning familial vient tout juste de commencer—le Burundi et le Malawi, par exemple—ont lancé des programmes d'information. Des organisations privées, et particulièrement les associations de planning familial, aident souvent les pouvoirs publics ou organisent leur propre programme d'information.

Encadré 9. La création d'un consensus au Rwanda

Les questions démographiques et les problèmes de planning familial ont jusqu'à présent moins retenu l'attention des pays francophones que des pays anglophones. Le Rwanda cherche toutefois à ralentir l'accroissement de la population et considère les services de planning familial et l'éducation du public comme une priorité.

En 1981, le Gouvernement a créé l'Office national de la population (ONAPO), chargé de diriger les programmes d'information du public. Le Ministère de la santé a commencé à fournir des services de planning familial dans les centres de santé de base dans quatre régions pilotes. L'Eglise catholique, dont les missions assurent environ 30 % des soins de santé dispensés dans les régions rurales du pays, discute également des méthodes de planning familial approuvées par la hiérarchie.

Au Rwanda, les programmes d'information mettent l'accent sur les avantages que le planning familial présente non seulement pour les familles mais aussi pour le pays dans son ensemble. La stratégie consiste à atteindre un public très large en diffusant des informations sur la croissance démographique, le manque de terres arables et la responsabilité qu'ont les parents d'assurer à leurs enfants un niveau de vie décent. Les programmes s'appuient sur la réalité : au Rwanda, la moitié des familles ont huit enfants ou plus. La population augmente au rythme de 3,4 % par an, mais le revenu par habitant—à l'heure actuelle de l'ordre de 260 dollars—ne progresse que de 1,7 % seulement. La pénurie de terres est un problème de plus en plus grave que le gouvernement ne cesse de souligner dans ses déclarations publiques depuis dix ans. Or, d'après l'Enquête nationale sur la fécondité réalisée en 1984, 0,9 % seulement des femmes de 15 à 49 ans utilisent des contraceptifs. L'ONAPO s'est donc efforcé de s'assurer le concours des personnages influents du pays tant à l'échelon national qu'à l'échelon local.

En septembre 1982, l'ONAPO a organisé un colloque national sur le thème "Famille, population et développement", auquel ont participé 200 personnes, et notamment des chefs religieux, des médecins, des leaders politiques et des personnalités locales. A l'échelon des communautés, des séminaires sur la population et le planning familial ont été organisés à l'intention des responsables locaux; ils se sont révélés efficaces et ont été fort bien accueillis par les hommes et les femmes de tous âges. La participation des leaders politiques locaux renforce la crédibilité du programme en soulignant l'appui que lui apporte le gouvernement. On espère que les préfectures organiseront à leur tour des réunions publiques locales, et certaines d'entre elles ont commencé à le faire.

La radio atteint environ les quatre cinquièmes des foyers au Rwanda et, depuis 1983, l'ONAPO réalise un programme hebdomadaire de quinze minutes, très écouté, qui souligne les conséquences du rapide accroissement de la population et les problèmes que créent les familles nombreuses. Ce programme comprend des pièces de théâtre, des interviews, des discussions et des conférences. L'ONAPO enregistre également de brèves annonces publicitaires, des programmes à épisodes consacrés aux affaires publiques et des chansons de style traditionnel sur l'actualité. Des campagnes d'information commencent également à être organisées dans d'autres médias; quelques articles ont paru dans les journaux, des brochures ont été publiées et un film et une pièce de théâtre sont en cours de préparation.

L'ONAPO projette de passer progressivement de l'information générale à des informations détaillées s'adressant aux couples et à des groupes déterminés. Il envisage de développer les messages audiovisuels et la documentation écrite, et il diffuse déjà des informations sur le planning familial, au moyen d'affiches ou grâce à d'autres supports, dans de nombreux dispensaires.

Relativement peu de tentatives ont jusqu'à présent été entreprises pour concevoir des programmes particulièrement destinés aux hommes ou organiser des réunions de groupe à l'intention des utilisateurs potentiels, des dirigeants communautaires et des leaders politiques. Ces réunions de groupe ont pourtant donné des résultats prometteurs là où on en a tenu. Au Rwanda, des réunions ont été organisées à l'échelon national, à l'échelon des préfectures et à l'échelon local (voir Encadré 9). Au Swaziland et en Zambie,

les associations de planning familial commencent actuellement à discuter des questions de la population et du planning familial avec les chefs tribaux et, au Sénégal, l'association du planning familial a rencontré les dirigeants musulmans. Le Comité mondial des parlementaires pour les questions de population et de développement projette d'organiser en Afrique une conférence à laquelle seront invités les leaders politiques de la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara.

Tableau 13. Pourcentage de femmes mariées utilisant des méthodes efficaces de contraception, en fonction du lieu de résidence de la femme (pourcentage de femmes en âge de procréer)

Pays ou région	Année(s) de l'enquête	Grandes agglomérations	Autres zones urbaines	Régions rurales
Ghana	1979-80	11	7	4
Kenya	1977-78	18	8	4
Nigéria	1981-82	2	1	0
Sénégal	1978	2	1	0
Soudan	1979	15	7	1
Afrique subsaharienne (10 pays)	1977-82	6	3	1
Afrique du Nord (3 pays)	1978-80	35	32	13
Asie (10 pays)	1974-78	26	21	12
Amérique latine (8 pays)	1975-78	33	30	21

Note : Les méthodes efficaces comprennent la pilule, le stérilet, les préservatifs masculins, les contraceptifs injectables, la stérilisation et d'autres méthodes modernes, mais excluent les méthodes traditionnelles, notamment la continence périodique et l'allaitement maternel.

Source : Cochrane et Farid (1985).

Les programmes d'information doivent être appuyés par deux types de travaux : la collecte et l'analyse des données démographiques afin de réunir les bases factuelles nécessaires aux programmes d'information, et l'analyse des différents moyens permettant de faire passer les messages qui se rapportent aux questions de population (un peu comme on fait des études de marché lorsqu'on veut lancer un produit nouveau).

Demande potentielle de services de planning familial

La demande de services de planning familial en Afrique est certes réduite par rapport aux autres régions, mais elle est beaucoup plus importante qu'on ne le pensait récemment. Dans les quelques régions où les services de planning familial sont facilement accessibles, plus d'un quart des couples y ont recours, même dans les zones rurales. Si cette proportion s'appliquait à toute l'Afrique, le taux de natalité tomberait de presque 50 à moins de 40. Malheureusement, un cinquième tout au plus des couples africains ont accès à des services de planning familial de qualité. Ces services sont en général plus largement utilisés par les femmes qui ont un certain

Tableau 14. Pourcentage de femmes mariées utilisant des méthodes efficaces de contraception, en fonction du niveau d'instruction de la femme (pourcentage de femmes en âge de procréer)

Pays	Année(s) de l'enquête	Années de scolarité			
		0	1-3	4-6	7 et plus
Bénin	1981-82	0	2	4	11
Cameroun	1978	0	0	1	10
Côte d'Ivoire	1980-81	0	2	5	5
Ghana	1979-80	2	6	7	14
Kenya	1977-78	2	3	6	16
Lesotho	1977	1	1	3	5
Nigéria	1981-82	0	1	1	6
Soudan	1979	1	10	11	32
Afrique subsaharienne	1977-82	0,6	3	4	11

Note : Les méthodes efficaces comprennent la pilule, le stérilet, les préservatifs masculins, les contraceptifs injectables, la stérilisation et d'autres méthodes modernes, mais excluent les méthodes traditionnelles, notamment la continence périodique et l'allaitement maternel.

Source : Cochrane et Farid (1985).

niveau d'instruction, des revenus relativement élevés, un emploi dans le secteur structuré ou d'autres caractéristiques "modernes", ainsi que par les femmes des zones urbaines, où il est plus facile de se procurer des contraceptifs (voir Tableaux 13 et 14).

Quatre éléments permettent de penser que la demande potentielle de services de planning familial est plus importante qu'il ne semblerait à première vue, à savoir les besoins non satisfaits de contraceptifs, les différences que l'on constate entre groupes quant au nombre d'enfants souhaités, l'augmentation des taux d'avortement et la forte utilisation des contraceptifs dans certaines régions.

Besoins non satisfaits

Dans les pays d'Afrique, non moins de 10 % des femmes ne veulent plus d'enfants, mais n'utilisent pas de contraceptifs (voir Tableau 15 et Encadré 5). L'estimation faible que donne le Tableau 15 ne comprend que les femmes qui ne pratiquent pas la contraception. L'estimation élevée comprend les femmes qui ne pratiquent pas la contraception et celles qui utilisent des méthodes inefficaces—coït interrompu, continence périodique ou allaitement au sein (dans l'année suivant la naissance). Les besoins non satisfaits sont plus faibles que dans les autres continents car les Africaines veulent en général beaucoup d'enfants, mais ce désir tient peut-être lui-même au fait qu'elles n'ont pas d'autre option.

Tableau 15. Besoins non satisfaits de services de planning familial dans certains pays d'Afrique subsaharienne et dans d'autres pays
(pourcentage de femmes en âge de procréer)

Pays	Pourcentage de femmes pratiquant la contraception		Pourcentage de femmes ne voulant plus d'enfants	Besoins non satisfaits	
	Année	Pourcentage		Estimation basse	Estimation haute
Afrique subsaharienne					
Cameroun	1978	3	23	1	1
Ghana	1979-80	10	20	5	8
Kenya	1977-78	8	25	6	10
Lesotho	1977	5	26	5	9
Soudan	1979	5	27	6	9
Afrique du Nord					
Egypte	1980	24	58	12	22
Tunisie	1983	56	56	10	19
Asie					
Bangladesh	1983	25	50	25	28
Indonésie	1983	58	49	10	15
Pakistan	1983	14	50	17	27
Philippines	1981	48	59	11	29
Thaïlande	1983	59	68	13	17
Amérique latine					
Colombie	1983	55	69	7	24
Mexique	1979	39	61	14	22

Note : Estimation faible : femmes ne voulant plus d'enfants mais ne pratiquant pas la contraception; estimation forte : femmes qui ne veulent plus d'enfants, mais qui n'utilisent pas de méthode efficace de contraception.

Source : Banque mondiale (1984d, 1985b).

Les estimations des besoins non satisfaits seraient plus élevées si l'on demandait aussi aux femmes si elles souhaitaient des grossesses plus espacées. Il ressort des études effectuées en ce sens au Bangladesh, en Corée et au Pérou que les besoins non satisfaits tant en ce qui concerne l'espacement que la limitation des naissances étaient importants. Au Bangladesh, environ un tiers des femmes voulaient espacer ou limiter les naissances, mais n'utilisaient aucune méthode de contraception, pas même l'allaitement au sein ou d'autres méthodes inefficaces; approximativement deux cinquièmes voulaient espacer ou limiter les naissances, mais les méthodes contraceptives qu'elles utilisaient étaient inefficaces.

Différences concernant le nombre d'enfants souhaité

Les différences que l'on observe actuellement entre différents groupes quant au nombre d'enfants souhaité permettent de conclure que la taille des familles et la fécondité sont appelées à diminuer. La Figure 8 illustre les différences enregistrées en fonction de l'âge pour ce qui est du nombre d'enfants souhaité dans deux pays d'Afrique. Si les préférences manifes-

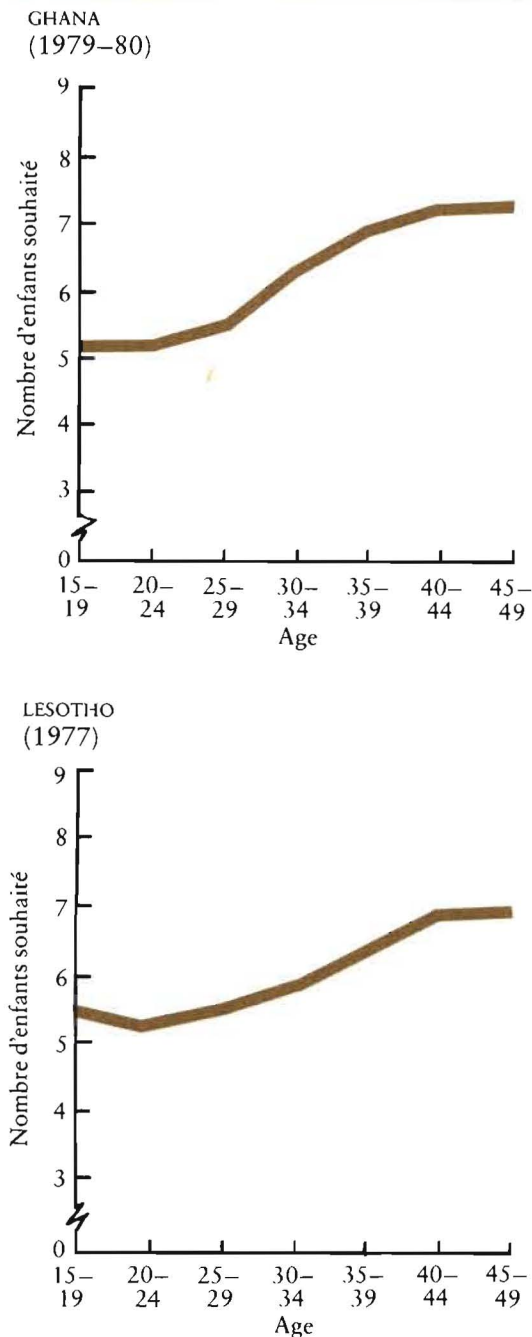
tées par les femmes jeunes ne changent guère au fur et à mesure qu'elles avancent en âge, la fécondité moyenne fléchira d'un cinquième au Ghana. Le nombre d'enfants souhaité est également plus faible dans les régions urbaines que dans les régions rurales.

A l'heure actuelle, en Afrique, les femmes qui ont au moins dix ans de scolarité veulent en moyenne 3,3 enfants de moins que les femmes non scolarisées. A mesure que le niveau moyen d'instruction des africaines augmentera, le nombre d'enfants qu'elles souhaitent et leur fécondité diminueront. En Côte d'Ivoire, le taux de scolarisation primaire des filles est passé de 45 % en 1970 à 60 % en 1980. Au Kenya, la progression est encore plus marquée, puisque le taux de scolarisation des filles est passé de 50 à 95 %. Les effets de l'augmentation du niveau moyen d'instruction sur la fécondité moyenne devraient commencer à se faire sentir dans les années 90.

Avortement

Les taux d'avortement sont élevés et ils augmentent, particulièrement chez les jeunes, ce qui donne également à penser que la demande de services de

Figure 8. Nombre d'enfants souhaités en fonction de l'âge des femmes actuellement mariées



Source : Base de données pour le *Rapport sur le développement dans le monde 1985*.

planning familial s'accroît. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, l'avortement est généralement illégal (voir Tableau 16) et dangereux, et les taux de mortalité sont élevés. Il est raisonnable de supposer que les femmes préféreraient une solution plus sûre et plus

simple si elles avaient le choix. Au Chili, où les moyens de contraception modernes ont commencé à se généraliser en 1965, la proportion d'hospitalisations gynécologiques dues à l'avortement illégal est tombée d'environ 20 % en 1965 à 14 % en 1978, et les décès maternels consécutifs à l'avortement sont tombés de 115 à moins de 20 pour 100.000 naissances vivantes. Entre 1964 et 1978, la proportion des Chiliennes pratiquant la contraception est passée de 3 % environ à plus de 22 %.

Les statistiques nationales sur l'avortement sont rares. La Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) estime qu'au Zaïre, le taux d'avortement clandestin se situe entre 50 et 200 pour 1.000 naissances vivantes. Dans ce pays, de nombreux avortements sont effectués de façon primitive et dans de mauvaises conditions d'hygiène. L'IPPF indique qu'à l'hôpital zaïrois de Mama Yemo, 40 % environ des affections gynécologiques ayant nécessité une hospitalisation en 1972 avaient été causées par un avortement provoqué et que 75 % des décès maternels étaient dus à cette cause. En 1983, les trois quarts des femmes hospitalisées dans les centres hospitaliers universitaires du Zaïre à la suite de complications résultant d'un avortement provoqué avaient moins de 20 ans; apparemment, la moitié d'entre elles sont mortes.

Dans le cadre d'une étude réalisée à Accra (Ghana) sur les femmes qui avaient mis leurs bébés au monde dans un grand hôpital urbain, on a constaté qu'un tiers de ces accouchées avaient mis fin à une grossesse précédente au moyen de l'avortement, et que 10 % seulement d'entre elles avaient adopté des contraceptifs. Parmi les femmes de moins de 20 ans, 46 % avaient eu des avortements provoqués et les deux tiers environ avaient choisi d'avorter lors de leur première grossesse. Parmi les femmes de 25 à 29 ans toutefois, un quart seulement avaient déclaré être dans le même cas. Les avortements étaient plus fréquents chez les femmes plus instruites; 5 % environ des femmes non scolarisées avaient déclaré que leur première grossesse s'était achevée par un avortement, alors que ce taux montait à 40 % pour les femmes qui avaient un niveau d'instruction secondaire et à plus de 50 % chez les femmes qui avaient fait des études universitaires.

Une étude sur les jeunes célibataires d'Ibadan (Nigéria) a montré que 38 % des jeunes filles des écoles secondaires étaient sexuellement actives. Parmi tous les jeunes de 18 ans, la moitié des femmes et les trois quarts des hommes étaient sexuellement actifs. Parmi

Tableau 16. L'avortement au regard de la loi en Afrique subsaharienne

Pays	Illégal	Justification médicale		Eugénisme (foetus)	Justification légale (viol, inceste, etc.)	Justification sociale et socio-médicale	Légal (motifs non spécifiés)
		Étroite (vie)	Large (santé)				
Bénin		x					
Burkina Faso	x						
Burundi	x						
Cameroun			x		x		
Congo			x				
Côte d'Ivoire		x					
Ethiopie			x				
Ghana			x				
Guinée			x				
Kenya			x				
Libéria			x	x	x		
Madagascar		x					
Malawi		x					
Mali	x						
Mauritanie	x						
Mozambique		x					
Niger	x						
Nigéria		x					
Ouganda			x				
République centrafricaine	x						
Rwanda	x						
Sénégal		x					
Sierra Leone			x				
Somalie	x						
Soudan		x					
Tanzanie			x				
Tchad		x					
Togo		x					
Zaïre	x						
Zambie		x		x		x	
Zimbabwe			x	x	x		

Source : Tietze (1983), pp. 16-17.

les jeunes sexuellement actifs, 48 % seulement des hommes et 66 % des femmes avaient utilisé des méthodes contraceptives; ceux qui ne le faisaient pas ont déclaré, à une majorité écrasante, que c'était principalement par manque d'information, la seconde raison était la crainte des risques que pouvaient entraîner les méthodes modernes de contraception. Dans le groupe des jeunes femmes sexuellement actives que comprenait cette étude, 45 % avaient déjà été enceintes au moins une fois (62 % parmi celles qui travaillaient) (voir Tableau 17). La plupart des adolescentes enceintes avaient opté pour l'avortement. C'est par ce moyen que s'étaient achevées 183 des 203 premières grossesses.

Popularité des contraceptifs dans certaines régions

En Afrique, dans les rares endroits où l'accès aux services de planning familial est largement ouvert, les

méthodes contraceptives sont très utilisées. A Chogoria (Kenya), région rurale de 200.000 habitants où des services de santé et de planning familial aisément accessibles et un système de suivi minutieux ont été mis en place dans le cadre d'une opération pilote, environ 27 % des couples utilisent des méthodes modernes de contraception, contre à peu près 8 % dans l'ensemble du pays. Grâce à un projet rural lancé au Zaïre, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives (méthodes modernes exclusivement) est à peu près de 25 %, contre une moyenne nationale de 3 %. Même à l'échelon national, lorsque les programmes sont bien conçus, les taux d'utilisation des méthodes contraceptives sont élevés : 27 % au Zimbabwe, 19 % au Botswana, contre un taux moyen de 3 à 4 % pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne.

Le même phénomène a déjà été constaté dans

Tableau 17. Sexualité, contraception, grossesse chez les femmes célibataires d'Ibadan (Nigéria), 1982
(en pourcentage)

Catégorie	Ayant eu des rapports	Femmes sexuellement actives		
		Ayant pratiqué la contraception	Ayant été enceintes	Ayant mis fin à la grossesse
Etudiantes (n = 285) Elèves de l'enseignement technique (n = 123)	66	48	24	23
Elèves d'établissements secondaires (n = 346)	52	27	28	26
Salariés (n = 82)	38	25	16	13
	91	54	62	51

Note : A l'école secondaire, une grossesse provoque le renvoi.
Source : Lapidó et autres (1984).

d'autres régions du monde. Les programmes de planning familial ont été efficaces dans des contextes culturels et économiques très divers—milieux ruraux et traditionnels comme milieux urbains et modernes—et ce, quel que soit le pays concerné, ainsi que le montrent les données détaillées du *Rapport sur le développement dans le monde 1984*. Pour pouvoir analyser séparément les effets des programmes de planning familial sur le recours à la contraception, il faut tenir compte d'autres facteurs tels que les revenus, l'instruction de la mère et la santé infantile. Une analyse statistique des données recueillies dans divers pays montre que la diminution globale de la fécondité enregistrée entre 1965 et 1975 était imputable pour environ un tiers à un abaissement antérieur de la fécondité (ce qui indique une demande préexistante de moyens contraceptifs), environ un quart à l'évolution socio-économique, mais essentiellement et surtout au développement des programmes de

planning familial, qui intervenaient pour 40 % environ. Cette conclusion est corroborée par l'expérience dans plusieurs pays. En Indonésie et en Thaïlande, où les revenus par habitant sont modestes et les populations essentiellement rurales, les responsables gouvernementaux ont déployé des efforts concertés pour mettre le planning familial à la portée des communautés locales, et l'emploi des méthodes contraceptives a augmenté. Les programmes de planning familial n'expliquent pas tout, mais ils ont joué un rôle majeur. Au Bangladesh, en Egypte et au Maroc, les programmes visant à rapprocher les services de planning familial de la communauté (et souvent des foyers) se sont traduits par une très forte augmentation de l'emploi des contraceptifs, même parmi les classes pauvres et illettrées. Il n'est donc pas surprenant que les programmes bien conçus de développement des services de planning familial se révèlent également efficaces en Afrique.

4

L'extension des services de planning familial

En Afrique subsaharienne, de 3 à 4 % seulement des couples mariés pratiquent la contraception (Tableau 18). Toutefois, vu l'existence d'une demande potentielle, dont il est question au chapitre précédent, l'expérience recueillie dans le cadre de programmes géographiquement restreints et de projets pilotes dans des pays comme le Kenya et le Sénégal et l'accroissement rapide de l'emploi des contraceptifs enregistré récemment au Zimbabwe (où le taux d'utilisation est actuellement de 27 %), il semble que si les services de planning familial étaient aisément et régulièrement accessibles et si l'on diffusait systématiquement des informations, en particulier sur les techniques modernes, par exemple, par l'intermédiaire des services de santé maternelle et infantile, les taux d'utilisation des contraceptifs dans une bonne partie de l'Afrique pourraient atteindre 25 % dans un délai assez bref—de l'ordre de 10 à 15 ans. Le présent chapitre décrit l'état actuel des programmes de planning familial dans les pays de la région subsaharienne de l'Afrique et examine les mesures à prendre pour élargir rapidement les programmes.

Les services de planning familial actuels

Dans la plupart des pays en développement, les programmes de planning familial se sont développés d'une façon assez semblable. Au début, ce sont des

organisations privées qui ont introduit le planning familial et ont démontré qu'il était acceptable. Par la suite, des programmes publics ont été mis en place, généralement dans le cadre des ministères de la santé, mais les organisations privées ont continué à fournir des services et à sensibiliser l'opinion publique en faveur du planning familial. A mesure que la demande a augmenté, les organismes privés ont réagi, particulièrement dans les villes, où la demande est généralement plus grande et où les services sont plus faciles à fournir que dans les régions rurales.

Contrairement à ce que l'on pense généralement, l'administration centrale n'est pas le seul, ni même le principal fournisseur de services. Les collectivités locales et les communes, les organisations sanitaires privées, les groupements de femmes, les médecins et agents sanitaires établis à leur propre compte et les fournisseurs commerciaux ont tous joué un rôle, spécialement en Amérique latine et dans l'est de l'Asie. En Colombie, l'Association pour le planning familial (qui était la première à fournir des services) dispense actuellement environ les deux cinquièmes des services de planning familial, et le secteur commercial est important lui aussi. Au Bangladesh, au Brésil, au Mexique, en Thaïlande et dans la plupart des autres pays ayant de vastes programmes de planning familial, les administrations locales, les organisations privées et des fournisseurs commerciaux

Tableau 18. Utilisation actuelle de contraceptifs parmi les femmes de 15 à 49 ans dans quelques pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Année	Taux d'extension de la contraception (%)
Cameroun	1977-78	3
Ethiopie	1982	2
Ghana	1979-80	10
Kenya	1977-78	8
Lesotho	1977	5
Nigéria	1983	6
Sénégal	1978	4
Sierra Leone	1982	4
Zaire	1982	3
Zimbabwe	1984	27 ^a
Afrique de l'Est	1983	3
Afrique de l'Ouest	1983	4

a. Femmes de 15 à 44 ans.

Source : Westinghouse Social Sciences International Demographic Data for Development; Banque mondiale.

jouent un rôle actif. En Afrique, les associations bénévoles privées pour le planning familial, les organisations féminines et autres et les organismes privés qui distribuent des contraceptifs à des prix subventionnés ("vente sociale") complètent déjà très efficacement, dans divers pays, les services directement fournis par l'Etat (Tableau 19).

Programmes publics

En principe, les soins de santé de base fournis par les dispensaires ou les antennes sanitaires doivent comprendre des services de planning familial; dans la pratique, cela demeure relativement rare en Afrique. Ce n'est que dans quelques pays, comme au Botswana, que le planning familial est en fait pleinement intégré aux autres soins de santé du sommet du système à la base, c'est-à-dire au niveau de la prestation des services à l'échelon local. Au Zimbabwe, les services de planning familial, bien que relevant d'une structure distincte, sont fournis à grande échelle par des agents mobiles qui travaillent sous la direction d'un personnel d'encadrement qui n'appartient pas aux services de santé proprement dits. Pour élargir les programmes de planning familial, on peut également employer des agents mobiles dirigés par des infirmières responsables non seulement des services de planning familial mais aussi des autres services de santé maternelle et infantile, et des éducateurs spécialisés qui orientent les personnes souhaitant recevoir des

services de planning familial vers des agents sanitaires.

Les activités des organisations privées et des distributeurs commerciaux et les efforts de commercialisation sociale sont les plus intenses dans les zones urbaines. S'ils veulent également toucher les régions rurales, les gouvernements devront généralement y renforcer considérablement leurs programmes, notamment en élargissant leurs réseaux de dispensaires et d'antennes mobiles.

Associations pour le planning familial

Les associations nationales pour le planning familial sont affiliées à la Fédération internationale pour le planning familial, organisation internationale privée à but non lucratif, et reçoivent d'elle un certain appui. Il existe des associations locales pour le planning familial dans 25 pays d'Afrique subsaharienne, et bon nombre d'entre elles maintiennent des rapports étroits avec les gouvernements :

- En Ethiopie et en Tanzanie, le gouvernement charge les associations pour le planning familial de former les agents sanitaires de l'Etat à la planification de la famille et d'aider à acheter des contraceptifs.

- Au Mali et en Zambie, les associations pour le planning familial contribuent également à la formation et à l'acquisition des contraceptifs. En Zambie, l'association locale collabore aux programmes d'information réalisés par le parti politique au pouvoir et par la principale organisation féminine et organise des dispensaires auto-assistés; celle du Mali collabore avec l'Union nationale des femmes maliennes et avec les organisations de travailleurs et de jeunes et diffuse des programmes de 15 minutes sur les stations de radio du gouvernement.

- Au Zaire, l'Association pour le planning familial—qui est elle-même une institution gouvernementale—coordonne les activités de planning familial dans le cadre d'un vaste programme de santé qui vient d'être lancé et qui prévoit la fourniture de contraceptifs à 200 points de distribution dans l'ensemble du pays.

- En Ouganda, le gouvernement a demandé à l'Association pour le planning familial de s'occuper de toutes les activités dans ce domaine. Les services relèvent de l'Etat, mais l'Association reste la principale source; elle gère 60 dispensaires urbains, dont 37 se trouvent dans des locaux du Ministère de la santé.

- Au Zimbabwe, l'Association pour le planning familial (appelée Zimbabwe National Family Plan-

ning Council) est devenue un organisme semi-public relevant du Ministère de la santé et fournissant des services de planning familial dans l'ensemble du pays.

Organisations de femmes et autres organisations

Les organisations de femmes créent une demande de services de planning familial en améliorant les compétences et la capacité de gain des femmes, et peuvent aussi fournir directement des informations et des services de planning familial. La principale organisation féminine du Kenya, la Maendeleo ya Wanawake, diffuse des informations sur le planning familial dans l'ensemble du pays et a également entrepris de fournir des services mobiles sur une base expérimentale (voir Encadré 8, Chapitre 3). En Zambie et en Somalie, les principales organisations de femmes lancent un programme semblable à l'échelle du pays. Au Zimbabwe, la branche féminine de la Zimbabwe African National Union (ZANU) a apporté un soutien critique aux programmes de planning familial.

De nombreux autres organismes s'occupent également de planning familial. Au Kenya, l'Eglise presbytérienne a joué un rôle de premier plan dans la réalisation de programmes de planning familial et d'autres programmes de santé dans les régions tant rurales qu'urbaines. Au Zaïre, les organisations religieuses ont introduit un programme de stérilisation volontaire dans quinze hôpitaux dans le cadre des services de santé rurale de base. Au Kenya, au Nigéria et au Soudan, les universités ont pris l'initiative ou ont appuyé des projets pilotes de planning familial. En Tanzanie, l'organisation nationale des travailleurs coopère avec l'Association pour le planning familial pour fournir services et informations à ses membres. La Somalie et le Zaïre ont lancé des programmes semblables, auxquels participent, en Somalie, le Ministère du travail et la Fédération générale des syndicats somalis et, au Zaïre, l'Union nationale des travailleurs. Au Zimbabwe, l'organisme "Youth Advisory Service" collabore avec les écoles et plusieurs organisations de jeunesse. La YMCA et la YWCA réa-

Tableau 19. Programmes de planning familial dans quelques pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Gouvernement SMI/PF	Gouvernement services d'information	Associations pour le planning familial	Autres ONG importantes	Programme important pour adolescents	Ventes sociales
Botswana	x		x			
Burkina Faso	x		x			
Burundi	x			(x)		
Cameroun	(x)					
Ethiopie	x		x			
Ghana	x		x	x	(x)	(x)
Kenya	x	(x)	x	x	(x)	(x)
Lesotho	x		x	(x)		
Libéria	x		x	x	(x)	
Malawi	x			(x)		
Mali	x		x	x		
Niger	(x)				(x)	
Nigéria	x	(x)	x	x	(x)	(x)
Ouganda	x		x	(x)		
Rwanda	x		x	x		
Sénégal	x		x	(x)		
Sierra Leone	x		x	x	(x)	(x)
Somalie	x		x	(x)	(x)	
Soudan	(x)		x	x		
Tanzanie	x		x	x	(x)	
Togo	(x)		x	x	(x)	
Zaïre	x	(x)	x	x	(x)	
Zambie	x		x	x		(x)
Zimbabwe	x	x	x	x	x	

Note : Les parenthèses () désignent un programme à plus petite échelle. SMI/PF = santé maternelle et infantile et planning familial; ONG = organisation non gouvernementale.

Source : Banque mondiale (1984d); Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (1982-83); Fédération internationale pour le planning familial (1983); Actes de la Conférence internationale sur la population de l'ONU à Mexico, août 1984.

lisent des programmes à petite échelle dans plusieurs pays. En Sierra Leone, l'Association pour l'économie ménagère collabore avec l'Association pour le planning familial pour distribuer des contraceptifs sur les marchés, dans les usines et lors des réunions publiques.

Fournisseurs commerciaux

Une demande limitée, des populations dispersées et des conditions de travail difficiles entravent actuellement la distribution commerciale de contraceptifs en Afrique subsaharienne mais, malgré ces difficultés, le secteur commercial joue lui aussi un rôle. Des programmes de "vente sociale", dans le cadre desquels l'Etat, ou une association à but non lucratif, subventionne la distribution commerciale de contraceptifs, en particulier de préservatifs, sont en place au Ghana, au Kenya, au Libéria et en Tunisie. Les possibilités de développer ces programmes de commercialisation sociale sont vastes étant donné qu'il existe déjà dans une bonne part de l'Afrique des réseaux de magasins et de pharmacies. En Zambie, l'Association des pharmaciens se propose d'entreprendre bientôt un effort majeur afin de vendre à des prix subventionnés plusieurs millions de préservatifs masculins par an. Au Nigéria, une société pharmaceutique envisage la distribution subventionnée à grande échelle de préservatifs et de pilules anticonceptionnelles par l'intermédiaire des pharmacies et des magasins. En Somalie, où les soins de santé sont particulièrement rares, les programmes de vente sociale actuellement envisagés seront peut-être un moyen efficace de développer la distribution de contraceptifs.

Le principal risque des programmes de commercialisation sociale est que les usagers n'utilisent pas les contraceptifs comme il convient ou subissent des effets secondaires imprévus. Ce risque peut être réduit en donnant aux pharmaciens et aux commerçants des informations sur les méthodes contraceptives et en les amenant à éduquer leur clientèle. Il peut être réduit aussi en resserrant la coopération entre les organismes de planning familial et les organismes commerciaux privés pour veiller à ce que les usagers comprennent les méthodes de contraception et puissent obtenir l'aide voulue en cas de complications.

Questions concernant le développement du planning familial

Pour accélérer l'expansion du planning familial en Afrique, les planificateurs des programmes peuvent

viser un public plus vaste, élargir le choix des méthodes contraceptives, faire une plus large place aux services extérieurs en complément des services cliniques et éviter l'éviction des programmes non gouvernementaux.

Le public

Il peut être divisé en cinq catégories : les jeunes, notamment les adolescents, les femmes en âge de procréer qui souhaitent espacer leurs grossesses et en réduire la fréquence, celles qui ne veulent plus avoir d'enfants, les femmes stériles et les hommes adultes. En Afrique, la plupart des programmes ne portent que sur l'espacement des naissances.

LES JEUNES. En dépit des risques qu'une grossesse pendant l'adolescence fait courir à la santé de la mère et de l'enfant, les programmes publics de planning familial s'adressent rarement aux jeunes. Il est rare que des conseils soient donnés aux adolescents mariés pour qu'ils repoussent la première grossesse jusqu'à ce que la femme ait passé l'âge auquel elle court le plus de risques. Les jeunes célibataires posent un problème plus délicat. Dans certains pays, on craint que la diffusion d'informations sur le planning familial encourage l'activité sexuelle chez les adolescents. D'autres, en revanche, font observer que le planning familial, intégré à une initiation plus vaste à la vie familiale, peut encourager un comportement sexuel plus responsable. Une telle éducation est déjà dispensée dans plusieurs pays, notamment au Nigéria, en Somalie et au Zimbabwe.

LES FEMMES QUI SOUHAITENT ESPACER LEURS GROSSESSES. Bien qu'elles souhaitent avoir beaucoup d'enfants, la plupart des femmes africaines reconnaissent les avantages d'un espacement des naissances et ont traditionnellement, à cette fin, eu recours à l'allaitement au sein et à la continence sexuelle. Ces femmes sont généralement intéressées par des méthodes d'espacement des naissances plus modernes et plus efficaces : pilule, préservatifs, contraceptifs injectables et stérilets. Les vastes programmes de planning familial entrepris au Zimbabwe (pilule essentiellement) et au Botswana intéressent surtout les femmes qui désirent espacer les naissances. Au Botswana, l'utilisatrice type a de 20 à 24 ans, est célibataire et a un enfant.

LES FEMMES NE VOULANT PLUS D'ENFANTS. A mesure que les femmes commencent à vouloir moins d'enfants et à connaître mieux les techniques moder-

nes de contraception, elles commencent à s'intéresser davantage aux méthodes à long terme, y compris à la stérilisation. A Nairobi, la stérilisation exige aujourd'hui une attente de plusieurs mois, et le Gouvernement kényen envisage d'offrir des services de stérilisation dans l'ensemble du pays. La stérilisation est actuellement introduite sur une base expérimentale au Nigéria, au Mali, au Soudan et au Zaïre. Les programmes prévus doivent tenir compte de cette tendance, car la stérilisation est efficace et sûre si elle est effectuée dans de bonnes conditions. En Chine, en El Salvador, en Inde, à Sri Lanka et en Thaïlande, plus de 17 % des couples en âge de procréer ont opté pour la stérilisation; en République dominicaine et au Panama, il y en a plus de 27 %, et aux Etats-Unis plus de 30 %.

LES FEMMES STERILES. La stérilité peut être un drame personnel pour les femmes et, lorsqu'elle est très répandue, l'incertitude qui en découle réduit leur intérêt pour toute forme de planification des naissances (voir Encadré 10). Les programmes de planning familial peuvent aider à prévenir l'infécondité et la stérilité secondaire en diffusant des informations sur les causes de la stérilité et en rendant les méthodes de contraception aisément accessibles pour que les couples puissent prévenir des grossesses non voulues pouvant aboutir à un avortement et à d'éventuelles complications.

LES HOMMES. En Afrique subsaharienne comme ailleurs, les attitudes traditionnelles des hommes font obstacle au planning familial. Aussi les programmes mettent-ils l'accent sur les femmes, jugées plus réceptives, dans la mesure où elles sont plus directement touchées par la procréation. Cependant, les attitudes des hommes ne manquent pas d'affecter les décisions des femmes concernant la contraception, et le planning familial relève évidemment de la responsabilité des deux parents. Le planning familial pourrait être encouragé si une attention beaucoup plus grande était accordée aux attitudes des hommes. Parmi les différents programmes nationaux, seuls ceux du Botswana et du Zimbabwe offrent des informations et des services aux hommes. Le Kenya, la Somalie, la Tanzanie, le Zaïre et la Zambie, entre autres, commencent à mettre en place des programmes de planning familial à l'intention des travailleurs syndiqués. En outre, certaines associations pour le planning familial—au Ghana, au Kenya et en Tanzanie, par exemple—ont lancé des programmes s'adressant aux

hommes pour convaincre les gouvernements de renforcer leurs propres efforts.

Méthodes de contraception

Les techniques de contraception s'étant considérablement améliorées au cours des 20 dernières années, le planning familial devrait être plus facile maintenant en Afrique qu'il ne l'a été auparavant en Asie et en Amérique latine. Des méthodes nouvelles et prometteuses—contraceptifs injectables et implantés—sont apparues, et la pilule, les stérilets et la stérilisation sont plus sûrs et plus faciles à utiliser. Chaque méthode moderne a des avantages et des inconvénients qui lui sont propres (Tableau 20), mais, si elle est appliquée comme il convient, aucune n'est dangereuse. En fait, il est aujourd'hui plus sûr de pratiquer la contraception que d'avoir des enfants. En Afrique subsaharienne, il y a peut-être un décès pour 100.000 femmes prenant la pilule, mais il y a de 200 à 600 décès pour 100.000 femmes qui accouchent. Même dans des pays comme les Etats-Unis, où les soins de santé sont meilleurs qu'en Afrique, le risque de décès est plus élevé parmi les femmes qui ne pratiquent pas la contraception et qui s'exposent de ce fait aux risques de la grossesse et de l'accouchement.

En Afrique, l'éventail des méthodes contraceptives est limité. Les pilules anticonceptionnelles et les préservatifs sont les moyens les plus répandus (mais moins que dans d'autres régions en développement). Les nouvelles méthodes à adjuvant (tablettes effervescentes) ne sont disponibles que dans quelques pays. Les contraceptifs injectables, souvent, ne sont offerts que sur une base très limitée, en fonction de l'âge et de la parité. Le Gouvernement kényen a décidé de mettre en place des services de stérilisation à l'échelle du pays tout entier, et la stérilisation est actuellement introduite à une échelle limitée dans une dizaine de pays, mais à des conditions très strictes. Normalement, la femme doit avoir bien plus de 30 ans, avoir quatre enfants ou plus et, dans certains cas, avoir l'assentiment du mari. Lorsqu'il y a de bonnes raisons d'envisager la stérilisation avec prudence (pour que les intéressés ne regrettent pas leur décision), des restrictions trop strictes peuvent en fait exclure un grand nombre de personnes qui pourraient réellement en bénéficier.

L'utilisation de contraceptifs peut être considérablement élargie si l'on diversifie la gamme de contraceptifs disponibles et si l'on assouplit les restrictions à l'utilisation et à la diffusion des différentes

Encadré 10. La stérilité : Un obstacle aux programmes en Afrique subsaharienne

Des enquêtes effectuées pendant les années 50 et 60 dans 18 pays d'Afrique au sud du Sahara ont fait apparaître qu'en moyenne, 12 % des femmes qui avaient dépassé l'âge de procréer étaient infécondes, contre 2 à 3 % dans les autres pays en développement. Les cas de stérilité "primaire" étaient le plus fréquents au Cameroun (17 %), au Congo (21 %), au Gabon (32 %), en République centrafricaine (17 %) et au Zaïre (21 %). Dans certaines régions du Zaïre, jusqu'à 65 % des femmes de 45 à 49 ans étaient infécondes. Dans les groupes d'âges plus jeunes, le nombre des femmes sans enfant, quoique moins grand (probablement grâce à l'amélioration des soins médicaux), reste important. La proportion de femmes infécondes de 30 à 34 ans est de 10 % au Cameroun et de 12 à 13 % au Congo. On constate en outre un grand nombre de cas de stérilité "secondaire"—qui surviennent après la procréation d'au moins un enfant. Des études effectuées au Kenya ont montré que ces deux types de stérilité avaient pratiquement la même incidence, tandis que dans une grande partie de l'Afrique occidentale, la stérilité secondaire représentait jusqu'aux deux tiers des cas diagnostiqués. Celle-ci affecte 14 à 39 % des femmes de 15 à 50 ans dans différentes régions du Cameroun.

Les conséquences de la stérilité sont particulièrement graves pour les femmes qui peuvent être frappées d'ostracisme, abandonnées ou répudiées. Les couples hésitent à pratiquer les méthodes modernes de contraception de peur d'être stériles. Ainsi, bien qu'un taux élevé de stérilité contribue à abaisser la fécondité—toute augmentation de 9 % de la stérilité faisant baisser l'indice synthétique de fécondité d'environ 1—, il réduit aussi l'utilisation de contraceptifs et freine en fin de compte la diminution de la fécondité.

Pourquoi la stérilité est-elle si fréquente en Afrique? Les maladies transmises sexuellement, en particulier la blennorragie et la syphilis, sont des causes majeures de stérilité primaire et secondaire. Non traitée, la blennorragie peut entraîner une occlusion irréversible des trompes chez la femme et du canal déférent chez l'homme. Du fait que ces symptômes peuvent passer inaperçus chez la femme, il arrive que cette maladie ne soit pas traitée pendant des années. La syphilis est cause d'avortements spontanés et de mortinatalité. Des soins obstétricaux médiocres et des avortements effectués dans des conditions septiques sont des causes supplémentaires de stérilité secondaire. La malnutrition, les tares congénitales, la tuberculose génitale et diverses infections utérines, vaginales et urétrales sont également causes de stérilité.

Le traitement de la stérilité est coûteux et difficile et ses résultats sont par ailleurs incertains. Selon la

cause de stérilité, seul un quart à la moitié des couples traités peuvent ultérieurement mettre au monde un enfant vivant. Il coûte moins cher de prévenir trois grandes causes de stérilité, à savoir les maladies transmises sexuellement, la médiocrité des soins obstétricaux et l'avortement criminel. Par des campagnes publiques, on peut informer les couples des causes de la stérilité, des symptômes des maladies transmises sexuellement, de leur prévention, qui consiste à limiter le nombre des partenaires et à utiliser des procédés mécaniques de contraception (en particulier les préservatifs), et de l'existence de traitements. Ces efforts d'information doivent s'adresser tout particulièrement aux hommes, étant donné qu'ils répugnent davantage à subir des analyses et à se faire soigner. Bien qu'on blâme généralement les femmes, elles ne représentent en fait que 40 % environ des cas. Les hommes en représentent également 40 %, et dans les 20 % de cas restants, c'est le couple qui est stérile. Lorsque la stérilité est due à une maladie transmise sexuellement, il est indispensable que les deux partenaires reçoivent un traitement médical. On peut prévenir les autres causes de stérilité en améliorant la qualité des soins obstétricaux, par exemple, en formant des sages-femmes traditionnelles, et en rendant la contraception plus accessible, de façon que les couples puissent éviter les grossesses non désirées susceptibles de se terminer par un avortement.

Rares sont les spécialistes ou les centres de diagnostic et de traitement de la stérilité en Afrique subsaharienne. Depuis 1973, des dispensaires spécialisés ont été créés au Cameroun, au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie. Des programmes de lutte contre les maladies transmises sexuellement ont été lancés en Ethiopie, en République centrafricaine et en Zambie. L'Association pour la stérilisation volontaire a accordé des dons pour la recherche, le traitement, la formation et l'éducation dans le domaine de la stérilité au Nigéria, en Sierra Leone et au Soudan.

Il faut affecter des ressources à la recherche sur les causes et le traitement de la stérilité, et au rassemblement de données plus précises sur sa prévalence. Sur un total mondial de 6 millions de dollars consacré par le secteur public à la recherche sur la stérilité, 4 millions environ ont financé des recherches sur les causes inexplicables de stérilité. Ces travaux ont été menés en majeure partie aux Etats-Unis par le Centre de recherche démographique. En 1982, l'Organisation mondiale de la santé n'a accordé au total que 900.000 dollars à la recherche sur la stérilité. Le Programme des Nations Unies pour le développement a proposé que ce montant soit porté de 2 à 4 millions de dollars par an au cours des cinq à sept prochaines années.

méthodes. Habituellement, les femmes jeunes préfèrent la pilule ou les méthodes à adjuvant; les femmes plus âgées préfèrent souvent des méthodes ayant des effets durables mais pas permanents, comme le stérilet. Les nouveaux implants (qui durent plusieurs années) intéresseront particulièrement les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants.

Du point de vue de la prestation des services, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des médecins pour distribuer de façon sûre et efficace des pilules, des préservatifs masculins, des tablettes effervescentes

et même des contraceptifs injectables (bien que dans le cas des pilules et des contraceptifs injectables, une supervision médicale ou des services d'aiguillage soient nécessaires pour dépister et soigner les effets secondaires). Les implants exigent des installations médicales, particulièrement lorsqu'il faut les retirer. La stérilisation exige des médecins et des services médicaux, bien qu'elle puisse être faite dans le cadre de cliniques mobiles. Le Tableau 21 donne un aperçu des méthodes contraceptives utilisées dans plusieurs pays en développement.

Tableau 20. Méthodes de contraception

<i>Méthodes</i>	<i>Principaux avantages</i>	<i>Principaux inconvénients</i>	<i>Observations</i>
Pilule	Efficace Sans rapport avec le coït Assure une certaine protection contre l'anémie et les inflammations pelviques N'a pas à être distribuée en clinique	Certains effets secondaires Risque (faible) de mortalité Doit être prise quotidiennement Non indiquée pour les adolescentes	La pilule à base de progestatifs exclusivement est mieux adaptée aux mères allaitantes Protection contre l'anémie, les inflammations pelviques, particulièrement utile en Afrique subsaharienne
Stérilet	Long terme Efficace Sans rapport avec le coït	Ne protège pas contre les grossesses ectopiques Provoque parfois une augmentation du saignement et des inflammations pelviques Exige un suivi clinique accru	Les modèles récents sont très améliorés Peut être inséré post-partum Les saignements, les inflammations pelviques et les grossesses ectopiques sont particulièrement répandues en Afrique subsaharienne
Préservatifs masculins	Non systémiques Conservation facile Pas d'effets secondaires	Pas toujours efficaces Peuvent réduire le plaisir	
Contraceptifs injectables	Action durable Sans rapport avec le coït Peuvent être dispensés hors clinique	Effets secondaires minimes Le retrait des implants exige un suivi clinique	Ne sont pas officiellement approuvés partout comme contraceptifs
Stérilisation féminine	Efficace Sans rapport avec le coït	Pratiquement permanente	La «minilaparotomie» est extrêmement sûre sans hospitalisation
Stérilisation masculine	Efficace Sans rapport avec le coït	Virtuellement permanente	Résistance culturelle en Afrique subsaharienne
Continence périodique et autres méthodes naturelles de planning familial	Pas d'effets secondaires Approuvées par l'Eglise catholique	Relativement peu efficaces vu la difficulté de calculer la période sûre ou le refus de continence pendant et avant cette période	Il peut être difficile de déterminer le moment de l'ovulation sans thermomètre Le contrôle des mucosités sans eau pure n'est pas hygiénique
Allaitement au sein		Relativement peu fiable	Inhibe l'ovulation, mais pas assez sûrement pour pouvoir être recommandé

Source : Centers for Disease Control (1983).

Services d'information extérieurs

Le principal inconvénient de services de santé et de planning familial dispensés en clinique est qu'ils sont fixes et ne touchent que ceux qui en font la demande. Ils sont assez bien adaptés aux soins thérapeutiques, qui sont très demandés, mais moins aux soins préventifs et au planning familial. Aussi est-il rare que le planning familial commence à la clinique, et l'on a constaté dans bien des programmes que plus de la moitié de ceux qui ont commencé à obtenir des services de planning familial en clinique cessent de pratiquer la contraception après quelques mois. Au Botswana, où il existe un programme en clinique relativement bien établi, les deux tiers environ des usagers ne reviennent pas après un an.

Dans le cadre des services d'information extérieurs, les agents sanitaires communautaires recherchent activement les clients potentiels et maintiennent le contact avec eux. Des agents n'ayant qu'une formation limitée mettent les services de planning familial et les soins de santé de base à la portée immédiate des communautés ou même des ménages. Les services mobiles ne peuvent se substituer aux dispensaires et doivent être appuyés par eux, mais ils peuvent les dégager d'une partie du travail quotidien.

Au Zimbabwe, la mise en place de services d'information extérieurs (voir Encadré 11) a largement contribué à accroître l'extension de la contraception, qui est passée de 22 % en 1982 à 27 % en 1984. Des programmes à petite échelle (couvrant de 40.000 à 200.000 personnes environ) existent au Kenya (programme de Chogoria et activités de Maendeleo et de l'Association pour le planning familial), au Nigéria, au Soudan, au Zaïre, ainsi qu'en Afrique du Nord, au Maroc, en Tunisie et à Menoufia, en Egypte. Grâce aux programmes d'information à domicile inspirés de projets pilotes réalisés à Marrakech, le Gouvernement marocain fournit aujourd'hui des contraceptifs, des sels de réhydratation orale, des aliments complémentaires et des services de vaccination à 15 millions de personnes dans 11 provinces.

Les services d'information extérieurs sont efficaces pour plusieurs raisons. Ils sont commodes et réduisent les coûts financiers et les obstacles psychologiques associés au planning familial. Ayant des liens étroits avec la communauté, leurs agents sont plus proches des intéressés que des agents sanitaires venus de l'extérieur. Enfin, les systèmes de services d'information encouragent les communautés à s'intéresser plus directement à leurs propres soins de santé.

Les vues divergent sur la question de savoir si les

Tableau 21. Extension de la contraception, par méthode
(pourcentage des couples en âge de procréer pratiquant la contraception)

Pays	Année	Groupe d'âge	Total ^a	Contra-ceptifs oraux	Préser-vatifs	Stérilisation		Contra-ceptifs injec-tables	Stéri-let	Divers ^b
						Homme	Femme			
Afrique subsaharienne										
Cameroun	1978	15-49	3,1	0,3	0,2	...	...	...	0,2	2,3
Ghana	1979-80	15-49	9,6	2,4	0,6	...	...	0,5	0,3	5,8
Kenya	1977-78	15-49	8,0	2,4	0,2	...	1,0	0,6	0,8	2,8
Lesotho	1977	15-49	5,0	1,2	0,1	0,0	0,8	0,2	0,1	2,5
Nigéria	1981-82	15-49	5,7	0,4	0,1	0,0	...	0,0	0,3	5,0
Sénégal	1978	15-49	4,0	0,3	0,1	0,0	...	0,0	0,2	3,5
Soudan (nord)	1979	15-49	5,0	3,4	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,8
Zimbabwe	1984	15-44	27,0	80,0+	...	...	...	...	...	...
Autres pays										
Chine	1982	15-49	71,0	5,8	1,5	7,1	18,0	...	35,6	2,9
Colombie	1980	15-49	49,0	17,0	...	11,0	...	...	8,0	13,0
Egypte	1980	15-49	24,0	16,3	...	...	...	...	4,1	3,6
Indonésie	1981	14-55	36,2	22,5	...	1,0	...	0,6	10,0	2,1
Mexique	1979	15-49	38,9	13,1	0,9	9,2	...	2,6	6,1	7,0
Thaïlande	1981	15-44	59,0	20,2	1,9	4,2	18,7	7,1	4,2	2,7

... Zéro ou insignifiant.

Note : Le Rapport sur le développement dans le monde 1985 contient des estimations plus récentes des taux globaux de prévalence de la contraception, mais avec moins de détails sur les méthodes utilisées.

a. Méthodes efficaces exclusivement.

b. Y compris spermicides, gelées et diaphragmes.

Source : Westinghouse Social Sciences International Demographic Data for Development.

Encadré 11. Le planning familial au Zimbabwe

Au Zimbabwe, plus d'un quart des femmes mariées en âge de procréer utilisent des techniques modernes de contraception, et plus des deux tiers des mères connaissent les contraceptifs oraux. Bien que les résultats détaillés du recensement effectué en 1982 ne soient pas encore disponibles, il est clair que le taux de fécondité a beaucoup diminué depuis le recensement précédent, en 1969.

Quelles sont les principales raisons du succès remarquable enregistré au Zimbabwe? En premier lieu, l'accroissement du niveau d'instruction des femmes, l'urbanisation, un revenu par habitant élevé (740 dollars) en comparaison du reste de l'Afrique et le coût élevé que suppose une famille nombreuse ont probablement renforcé la demande de services de planning familial. La santé s'est améliorée aussi; l'espérance de vie à la naissance est actuellement d'environ 56 ans et le taux de mortalité infantile est apparemment tombé à 70 naissances vivantes pour 1.000 contre environ 100 pour 1.000 en 1965.

Le gouvernement a pris des mesures pour créer un consensus sur la légitimité du planning familial. Il exprime fréquemment la préoccupation que lui causent les difficultés suscitées par un accroissement démographique rapide. Une éducation démographique est dispensée dans les écoles secondaires et dans les collèges, et des moniteurs spécialement formés font des exposés sur l'éducation à la vie familiale dans les écoles primaires. Deux des quatre stations de radio du Zimbabwe donnent gratuitement du temps d'antenne pour des programmes hebdomadaires consacrés au planning familial et aux problèmes démographiques. La branche féminine de la ZANU, qui est le principal parti politique, apporte un appui politique et des encouragements au planning familial.

Chose plus importante, le gouvernement a maintenu et renforcé ses programmes de planning familial, ce qui a été facilité par le vaste réseau de transports et de communications qui existe dans le pays. Environ la moitié des activités de planning familial sont réalisées par le Conseil national pour le planning familial du Zimbabwe, qui est actuellement un organe para-étatique relevant du Ministère de la santé. Le conseil gère 28 centres de planning familial dans l'ensemble du pays, mais la majeure partie des services sont fournis par près de 600 communautaires (contre 360 environ lors de l'indépendance, en 1980), dont plus de 90 % sont des femmes travaillant principalement dans les régions rurales. Ces femmes, sélectionnées par la communauté, reçoivent quatre semaines de formation, une bicyclette et des stocks de contraceptifs. Elles vont ensuite éduquer et motiver la population, offrir des services de dépistage, distribuer des contraceptifs oraux et des préservatifs. Elles donnent aux femmes

des pilules pour un mois, les envoient dans un dispensaire local pour un examen médical, puis leur fournissent de nouveau des pilules pour deux mois.

Chaque vulgarisateur dessert au moins 5.000 personnes et parfois jusqu'à 20.000 personnes. En général, les vulgarisateurs se rendent dans les foyers une fois par mois ou une fois tous les deux mois. Leur charge de travail s'est considérablement alourdie depuis 1980. Sur une période de trois mois (octobre-décembre), le nombre de nouveaux participants est passé de 3.938 en 1981 à 28.067 en 1982 et à 52.689 en 1983. On estime qu'en 1983, il y avait 169.000 nouveaux participants et 1.204.000 visites de rappel.

La réussite du programme tient à l'existence d'un système de gestion et de supervision efficace : au niveau des districts, des chefs de groupe sont responsables de 10 à 12 vulgarisateurs. En outre, ces derniers sont relativement bien payés, gagnant 135 dollars zimbabwéens (88 dollars des Etats-Unis) par mois.

Indépendamment du programme du Conseil, la prestation de services de planning familial est considérée par le gouvernement comme un élément essentiel des soins de santé maternelle et infantile fournis dans le cadre des programmes normaux de l'Etat. Le gouvernement a pour politique de mettre les services de planning familial à la portée de la population tout entière par l'intermédiaire de tous les établissements de santé et des agents mobiles de santé, qui sont au nombre de plusieurs milliers au Zimbabwe. Bien que ces agents aient, dans le passé, fourni quelques services de planning familial, le Ministère de la santé s'emploie actuellement à renforcer leurs activités. Le planning familial a été intégré aux programmes de formation des infirmiers, des assistants médicaux et des accoucheuses diplômées par l'Etat. On envisage de recycler tous les agents sanitaires n'ayant aucune formation en matière de planning familial. Le réseau de stockage et de distribution des contraceptifs est en cours d'amélioration, les problèmes rencontrés dans ces domaines ayant entravé l'expansion du programme; on étudie également les besoins de renforcer les programmes de planning familial dans les régions urbaines.

Grâce à ces efforts conjugués, la pratique de la contraception se situe à un niveau jamais atteint en Afrique subsaharienne : 27 % à l'échelon national (39 % dans les régions urbaines et 20 % dans les régions rurales, qui ne sont pas toutes desservies) et on enregistre la première diminution notable de la fécondité dans un pays d'Afrique subsaharienne. Les responsables des programmes sont également convaincus qu'une utilisation accrue des services de planning familial a beaucoup contribué à améliorer la santé maternelle et infantile.

services d'information extérieurs sont plus rentables lorsqu'ils s'occupent exclusivement du planning familial ou lorsque celui-ci est intégré à un programme sanitaire plus vaste. Dans le cas du projet de Danfa, au Ghana, les services mobiles intégrés ont permis d'encourager le planning familial de façon plus économique. Toutefois, c'est l'inverse qui semble être vrai dans le cas d'un projet réalisé en Tunisie. Au Zaïre, un programme urbain centré sur le planning familial a permis d'accroître la prévalence de la contraception plus qu'un programme rural combinant des soins de santé à des services de planning familial; toutefois, les différences existant entre les régions rurales et les régions urbaines ont manifestement joué un rôle aussi, et l'on ne dispose pas encore

de données sur les coûts de ce programme (voir Encadré 12).

L'approche globale a des avantages évidents. D'une part, elle a un caractère plus confidentiel, les intéressés ne devant pas dévoiler le but de leur démarche, puisque plusieurs services sont offerts simultanément, et, d'autre part, elle peut être plus économique, surtout dans les régions rurales. Son principal inconvénient est que le planning familial ne reçoit pas toujours la place qu'il mérite, soit parce que la demande de soins curatifs prédomine, soit parce que, traditionnellement, les agents sanitaires sont davantage orientés vers des interventions médicales. Ce problème peut être atténué si l'accent est mis sur la prestation de trois ou quatre services

Encadré 12. Les programmes communautaires de planning familial au Zaïre

L'un des premiers programmes communautaires de planning familial dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne a été entrepris récemment au Zaïre dans une agglomération d'environ 133.000 habitants et dans 53 villages voisins, comptant 25.000 habitants. Bien que 95 % des citadines et des paysannes aient connu au moins une méthode traditionnelle de contrôle de la fécondité (retrait, continence, continence périodique, ablutions vaginales et méthodes populaires) et que 80 % d'entre elles aient entendu parler d'au moins une méthode moderne (pilule, stérilet, stérilisation, préservatifs masculins, spermicides et contraceptifs injectables), lorsque le projet a commencé, 5 % seulement de ces femmes utilisaient effectivement des méthodes modernes. Environ 7 % dans les régions rurales et 10 % dans les villes avaient essayé des contraceptifs.

Le programme urbain était centré exclusivement sur le planning familial. Le programme rural combinait le planning familial à la distribution de médicaments tendant à soigner le paludisme, les parasites intestinaux et les infections chez les enfants de moins de cinq ans. Quatre activités ont été réalisées dans la zone du projet : réunions de groupes, visites à domicile pour distribuer des contraceptifs (et des médicaments dans les régions rurales), fourniture aux dispensaires existants de contraceptifs et de médicaments pour enfants, et mise en place d'un service communautaire de matrones dans les régions rurales n'ayant pas de dispensaires. Des équipes de démarcheurs à domicile (dix

dans les régions urbaines et cinq dans les régions rurales) ont rendu visite trois fois à toutes les femmes en âge de procréer à intervalles de quatre à six mois. Les visites duraient de vingt à quarante minutes chacune. Dans les régions rurales, elles donnaient des conseils en matière de santé infantile, montraient comment préparer une solution de réhydratation orale et offraient à la vente des quantités limitées de sels de réhydratation orale, de chloroquine, d'aspirine et de mébendazole. Elles parlaient ensuite de planning familial et de contraception, en encourageant les maris à être présents. Elles offraient de fournir gratuitement une petite quantité de contraceptifs—un cycle de pilules, un aérosol, un flacon de tablettes ou une douzaine de préservatifs—et d'orienter vers des cliniques les femmes souhaitant se faire insérer un stérilet ou se faire stériliser. Par la suite, les femmes étaient encouragées à s'adresser à des dispensaires ou aux matrones.

Lors de la première série de visites, environ 29 % des femmes urbaines et 37 % des femmes rurales ne remplissaient pas les conditions requises (par suite d'une grossesse, de l'absence du mari ou de la ménopause) pour recevoir des contraceptifs. Parmi les autres, 52 % des femmes urbaines et 40 % des femmes rurales en ont acceptés. Lors de la deuxième série de visites, la moitié des femmes urbaines et les deux tiers des femmes rurales ayant précédemment accepté des contraceptifs pratiquaient encore la contraception.

seulement, les clients ayant besoin d'autres services étant orientés ailleurs. Cela évite de surcharger les agents extérieurs dont l'éducation scolaire est souvent restreinte, voire inexistante, et qui n'ont reçu que quelques semaines de formation.

Programmes non gouvernementaux

En Afrique, les contraintes financières et administratives devraient amener les gouvernements à encourager les groupements privés et communautaires de praticiens et le secteur commercial à jouer un rôle accru dans le planning familial. Des services parallèles, privés et publics, offrent aux clients une plus large gamme de choix pour ce qui est du type, de la qualité, du coût et de la source des services, et la concurrence se traduira probablement, à long terme, par une amélioration de tous les programmes. Ces services parallèles permettent aussi à l'Etat de consacrer les ressources financières ainsi libérées à des régions plus éloignées, où le secteur privé hésite à entreprendre des programmes. Le rôle croissant en Afrique des associations de planning familial, des organisations féminines et des distributeurs commerciaux dans plusieurs pays a été décrit plus haut.

Autres problèmes

Les possibilités d'élargir rapidement les services fournis au cours des dix prochaines années dépendront également de facteurs tenant à la logistique, à la formation et aux coûts des services.

LOGISTIQUE. Les difficultés logistiques compliquent l'exécution de la plupart des programmes de santé dans le monde entier, mais, en Afrique, l'infrastructure limitée des transports et des communications, les distances, le relief accidenté, les populations clairsemées et le manque de ressources financières rendent ce problème particulièrement aigu. Même dans le cas des meilleurs programmes, certaines régions sont parfois privées de pilules ou de préservatifs masculins pendant deux ou trois mois par an. Or, à long terme, l'acceptation de méthodes contraceptives comme la pilule et les préservatifs dépend directement de la régularité des approvisionnements.

Plusieurs autres mesures peuvent être prises pour y remédier.

- Améliorer les prévisions de la demande. Des informations à jour sur la façon dont les approvisionnements sont utilisés peuvent être complétées par des

données recueillies dans le cadre de projets pilotes, qui permettent de suivre cette utilisation plus facilement et plus exactement.

- Conserver des stocks plus importants à proximité de la clientèle. Plus les approvisionnements sont irréguliers, plus les stocks devront être importants à tous les échelons de la distribution, mais surtout à celui de l'utilisateur final.

- Encourager la multiplication des moyens de distribution, permettre l'importation et la vente de contraceptifs par les sociétés privées, les associations de planning familial, les groupements féminins, etc.

- Encourager l'utilisation de méthodes à plus long terme comme les contraceptifs injectables, les stérilets et la stérilisation, pour lesquelles la régularité de l'approvisionnement est moins essentielle.

FORMATION. La formation des agents locaux de planning familial influe directement sur l'impact des programmes. Il ressort de l'expérience recueillie en Afrique comme ailleurs que l'on peut efficacement et à peu de frais former des agents sanitaires en leur faisant suivre un stage d'au moins un mois consacré à la physiologie humaine, à la grossesse et à l'accouchement, aux mesures de santé de base et au planning familial, en leur donnant une formation en cours d'emploi et en suivant périodiquement leurs activités. Plusieurs pays ont également mis au point des matériels pédagogiques à l'intention d'agents semi-illettrés ou analphabètes.

Dans le cas des agents ayant une formation plus poussée (des infirmiers, par exemple), il est essentiel que les programmes de formation de base mettent un accent très marqué sur le planning familial. Cela devrait être complété par des cours spéciaux axés sur le fonctionnement des services d'information extérieurs, la santé maternelle et infantile et les techniques de communication. Aux niveaux supérieurs et intermédiaires, une initiation à la gestion est indispensable pour apprendre à fixer des objectifs réalistes, à répartir les tâches et à évaluer les différentes possibilités d'affectation des ressources et pour initier à l'utilisation de systèmes modernes de gestion des programmes.

COUTS. Le planning familial est non seulement efficace mais aussi bon marché, même lorsqu'il est mis à la portée de populations tout entières. Les données les plus précises dont on dispose quant aux coûts des programmes de planning familial en Afrique concernent essentiellement le programme natio-

nal du Zimbabwe et des programmes pilotes comme celui réalisé à Chogoria, au Kenya. (Les chiffres ne sont pas toujours complets et ne portent que sur quelques années.) Au Zimbabwe, on a estimé que les services de planning familial coûtent en gros 20 dollars par an et par usager; à Chogoria, ils coûtent environ 25 dollars, y compris des soins de santé simples. Ces chiffres ne tiennent pas compte des coûts de construction de dispensaires ni des contributions et honoraires versés par les communautés.

Là où des services d'information extérieurs existent depuis quelques années, l'emploi de contraceptifs augmente souvent assez vite, et les coûts par usager actif diminuent. A Chogoria, au Kenya, le coût par usager actif a diminué de moitié au cours des trois dernières années à mesure que la contraception s'est généralisée, alors même que les services sont actuellement étendus à des régions plus éloignées et d'accès plus difficile. A Chogoria, où le taux d'extension est d'environ 27 %, le coût du programme (25 dollars par usager) est inférieur de moitié à celui du programme national de planning familial (50 dollars), alors que le taux d'extension dans l'ensemble du pays est de l'ordre de 8 %.

Au cours des prochaines décennies, les charges de fonctionnement des programmes de planning familial seront probablement, en Afrique, de 20 dollars environ par usager actif et par an, ce qui correspond à un coût par habitant, pour l'ensemble de la population, de l'ordre de 0,75 dollar (à supposer que les femmes mariées en âge de procréer constituent environ 15 % de la population et que le taux d'extension de la contraception soit de 25 %). En Asie et en Amérique latine, les dépenses effectives consacrées par l'Etat au planning familial vont de 0,25 à 1,75 dollar environ par habitant et, en Afrique elles sont de l'ordre de 0,25 à 3 dollars. Sur ce continent, les dépenses publiques de santé représentent de 3 à 15 dollars environ par habitant. Si le secteur privé contribue financièrement au planning familial, une dépense totale de 0,75 dollar par habitant n'est pas hors de portée.

Avec le temps, il est probable que le coût par habitant suivra une courbe en U. Au début, il peut être très facile d'accroître le nombre d'utilisateurs de contraceptifs, ce qui réduirait les coûts marginaux, comme dans le cas du projet de Chogoria. Toutefois, à mesure qu'un programme est élargi de façon à desservir un nombre accru de clients qui sont plus

difficiles à atteindre, les coûts marginaux augmentent et un doublement des dépenses ne se traduit pas par un doublement des populations desservies. Si des éléments nouveaux sont ajoutés—services d'information extérieurs ou stérilisation—ou si la prestation des services est améliorée grâce à une formation plus poussée et à des horaires de travail plus longs, le nombre de nouveaux usagers peut être suffisant pour empêcher que les coûts marginaux augmentent. Ailleurs qu'en Afrique, les améliorations apportées aux programmes se sont traduites par une diminution des coûts marginaux ou du moins par leur maintien à un niveau à peu près constant, par exemple, en Indonésie et dans le cas d'autres grands programmes. Mais en Afrique, deux facteurs auront tendance à maintenir les coûts à un niveau relativement élevé pendant les dix prochaines années au moins. Premièrement, comme à l'heure actuelle les populations connaissent mal le planning familial, les programmes devront prévoir d'importants services mobiles, qui sont relativement chers. Deuxièmement, comme les populations africaines sont relativement dispersées dans les régions rurales, les programmes mis en place ailleurs que dans les agglomérations urbaines entraîneront sans doute une augmentation des coûts par usager.

En Afrique, le montant total des dépenses publiques et privées consacrées au planning familial est probablement inférieur à 100 millions de dollars (dont environ 53 millions provenant de sources extérieures). Sur la base d'un coût de 20 dollars par usager actif, quels sont les investissements directs à prévoir dans les secteurs du planning familial et de la santé en Afrique au cours des quelques prochaines décennies? En l'an 2000, selon la projection type de la population décrite au Chapitre 1, l'Afrique aura environ 730 millions d'habitants, dont environ 120 millions de femmes mariées en âge de procréer. Environ 27 % d'entre elles—soit 32 millions—pratiqueront la contraception. Si les services coûtent 20 dollars par usager actif et par an, les dépenses de fonctionnement des programmes seront de l'ordre de 640 millions de dollars de 1984. En 2030, selon la projection type, l'Afrique aura environ 1.390 millions d'habitants, dont quelque 226 millions de femmes mariées en âge de procréer. A supposer que plus de 70 % d'entre elles pratiquent la contraception, le coût annuel du programme sera d'environ 3,2 milliards de dollars de 1984, soit au moins 32 fois plus que les dépenses actuelles.

5

Le rôle des pouvoirs publics

Les Chapitres 3 et 4 ont donné un exposé des programmes visant à ralentir l'accroissement démographique et à élargir les services de planning familial. Ces services relèvent de plusieurs organismes publics et privés. En se fondant sur l'analyse qui précède, ce chapitre étudie plus particulièrement le rôle que les pouvoirs publics devraient jouer dans la formulation des programmes et la fourniture des services. Dans certains cas, ils doivent jouer le rôle principal; dans d'autres, leur principale fonction sera sans doute d'encourager les autres protagonistes.

Engagement politique, direction et création d'un consensus

Il importe que les dirigeants nationaux parlent en public des questions démographiques et du planning familial non seulement pour mobiliser la volonté de l'appareil politique et administratif, mais aussi pour faire en sorte que les programmes de planning familial soient acceptés par la société et appuyés en dehors du secteur public.

La plupart des gouvernements africains sont aujourd'hui favorables à la baisse de la fécondité, soit pour des raisons démographiques, soit pour des raisons sanitaires (voir Tableau 22). Cinq pays seulement (Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée-Bissau, Mauritanie et Tchad), qui représentent ensemble environ 2 % de la population totale de l'Afrique subsaharienne, poursuivent encore une politique nataliste ou

n'apportent pratiquement aucun soutien au planning familial. Toutefois, seuls quelques pays ont concrétisé leur appui théorique aux politiques démographiques par des moyens politiques et financiers, en soutenant énergiquement des programmes précis, entrepris notamment par les ministères de l'agriculture, de l'éducation, de la jeunesse et des loisirs. Aussi ne s'est-on guère efforcé d'accroître la demande de services de planning familial, et celle qui existe est loin d'être satisfaite.

Dans un milieu où la notion de planning familial est encore nouvelle, les pouvoirs publics doivent prendre l'initiative d'encourager la fourniture de services à la fois privés et publics. Ils doivent aussi prendre l'initiative d'encourager la diffusion d'informations sur le planning familial et le faire accepter par l'ensemble de la société. Il leur appartient en outre de prendre des décisions sur les questions évoquées dans le chapitre précédent : conception de programmes orientés vers les jeunes et les hommes; assouplissement des restrictions limitant l'utilisation des différentes méthodes contraceptives et application à plus grande échelle de programmes d'information et de programmes communautaires novateurs.

Collecte de données, information en retour et recherche

La collecte de données démographiques à l'échelon national est une activité publique nécessaire pour

Tableau 22. Indicateurs de la politique démographique dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 1984

Pays	Indices de PF 1984 ^a	Position de principe en 1984 (1)	Données démographiques (2)	Institutions			Programmes de planning familial			
				(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Bénin	n.d.	B	1979, EMF				x			
Botswana	D	A	1981, EPC	x (p)				x		
Burkina Faso	E*	B	1975	x	x	x		x	x	
Cameroun	E	B	1976, EMF	x	x					
Côte d'Ivoire	E*	C	1975, EMF			x	x			x
Ethiopie	E*	B	1984	x (p)			x	x		
Gambie	E*	A	1983				x	x	x	
Ghana	E*	A	1984, EMF	x	x	x	x			
Guinée	E	B	1983	x	x					
Kenya	D	A	1979, EPC/EMF	x		x	x	x		
Lesotho	E*	A	1976, EMF	x			x			
Libéria	D	A	1974	x	x	x	x	x		
Malawi	E*	B	1977				x			
Nigéria	E*	A	1963, EMF	x	x	x	x			
Ouganda	E*	A	1980			x	x			
Rwanda	D	A	1976	x			x			
Sénégal	E*	A	1976, EMF	x	x	x	x	x		
Sierra Leone	E	B	1974	x	x	x				
Somalie	E*	B	1975, EPC		x (p)					
Soudan	E	B	1983, EMF			x				
Tanzanie	D	A	1978			x	x	x		
Zaïre	E*	B	1983, EPC				x	x		x
Zambie	E*	B	1980	x (p)		x	x			
Zimbabwe	C	A	1982, EPC		x (p)		x	x	x	

n.d. = non disponible.

Note : (p) = proposé.

a. Calculé sur la base de l'évaluation de l'effort de planning familial faite par Mauldin et Lapham et légèrement modifiée. E = très faible ou nul, E* = très faible, mais entrepris, D = faible, C = moyen.

Col. 1 : Position de principe en 1984, telle qu'elle a été exprimée dans des déclarations publiques comme celles faites lors de la Conférence internationale sur la population d'août 1984 à Mexico ou exprimées par des hauts fonctionnaires ou dans les plans nationaux de développement. (A = favorable au planning familial pour des raisons démographiques, B = favorable au planning familial pour améliorer la santé maternelle et/ou infantile, C = pas favorable.)

Col. 2 : Données démographiques recueillies lors du recensement le plus récent. EMF = enquête mondiale sur la fécondité; EPC = enquête sur la prévalence de la contraception.

Col. 3 : Existence d'un service de planification de la population qui intègre ou envisage d'intégrer les projections démographiques aux plans économiques en cours et qui étudie l'effet des politiques suivies sur les paramètres démographiques.

Col. 4 : Existence d'un organe de coordination de niveau élevé, tel qu'une commission de la population, chargé de formuler la politique démographique, d'en superviser ou d'en coordonner l'application et d'évaluer les résultats des politiques multisectorielles.

Col. 5 : Existence d'une institution de recherche (gouvernementale, bénévole ou privée) qui a réalisé dans le passé ou réalise actuellement des programmes de recherche ou de formation sur la population.

Col. 6 : Appui financier du gouvernement aux associations privées pour le planning familial.

Col. 7 : Il existe dans le pays des services publics de planning familial.

Col. 8 : Il existe un programme d'éducation tendant à promouvoir le planning familial et les familles peu nombreuses.

Col. 9 : Les contraceptifs sont vendus dans le commerce à des prix subventionnés par l'Etat.

Col. 10 : Le pays a éliminé toutes les subventions explicites et implicites encourageant les familles nombreuses (dégrèvements fiscaux pour chaque enfant, allocations familiales, services de santé et d'éducation gratuits ou subventionnés).

Sources : Dossiers de la Banque mondiale; évaluations des besoins faites par le FNUAP; FNUAP (1982-83); Banque mondiale (1984d); déclarations des gouvernements à la Conférence internationale sur la population organisée sous l'égide de l'ONU à Mexico en août 1984.

prendre toute une série de décisions d'ordre politique et social et pour décider de l'affectation des ressources. Presque tous les gouvernements organisent des recensements, des sondages périodiques et l'établissement d'actes de l'état civil.

En particulier, aux premiers stades de l'élaboration des politiques et des programmes démographiques, la collecte et l'analyse des données jouent un rôle essentiel. Des données fiables sur l'ampleur et l'accroisse-

ment de la population sont indispensables si l'on veut susciter chez les pouvoirs publics une volonté de ralentir l'accroissement démographique et suivre les tendances et les effets des politiques suivies au fil des ans. Sans information exacte, les responsables politiques n'accepteront d'agir que lentement et prudemment.

Le meilleur moyen de suivre les tendances démographiques consiste à procéder à des recensements

périodiques et à enregistrer de façon systématique et continue les données relatives à l'état civil. Dans les années 70, des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine du recensement en Afrique. Tous les pays où des recensements sont normalement effectués tous les dix ans (principalement les pays anglophones d'Afrique de l'Est et de l'Ouest et d'Afrique australe) ont effectué leurs recensements à peu près à la date prévue. En outre, de nombreux pays (principalement les pays francophones du Sahel, d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale) ont procédé pendant cette décennie à leur premier recensement. En 1980, seuls cinq pays d'Afrique subsaharienne n'avaient pas encore fait de recensement moderne, contre 19 en 1970. Ces progrès ont été possibles en grande partie grâce à l'aide du FNUAP, de l'USAID et de divers pays.

Dans les années 80, les résultats et les perspectives sont beaucoup moins encourageants. Certains pays anglophones n'ont pas procédé à leur dernier recensement dans les délais et de nombreux pays francophones hésitent aujourd'hui à entreprendre un deuxième recensement. Cette situation peut être attribuée en grande partie aux graves difficultés économiques auxquelles la plupart des pays d'Afrique se heurtent depuis le début de la décennie ainsi qu'à la forte réduction de l'aide provenant des sources extérieures habituelles pour cette série de recensements.

Un aspect des recensements qui doit retenir une attention particulière est celui du développement des moyens de traitement et d'analyse dont disposent les pays. Plusieurs des pays qui ont fait des recensements pendant les années 70 soit n'ont pas traité les données du tout, soit ne l'ont fait qu'après un long retard. Des bureaux de recensement dotés d'un personnel adéquat et bien formé doivent être mis en place sur une base permanente dans tous les pays dans le but spécifique de traiter, d'analyser et de mettre à jour les données. Lors de la prochaine série de recensements, il faudra mettre l'accent sur ce type d'effort de renforcement des institutions.

A l'heure actuelle, aucun pays africain ne dispose de système efficace d'enregistrement des actes d'état civil et, comme ce problème est difficile à résoudre, on ne peut espérer réunir les données nécessaires dans un proche avenir. Dans quelques pays, toutefois, il est temps de jeter les bases d'un tel système, ne serait-ce qu'à titre expérimental.

Des enquêtes nationales par sondage peuvent aider non seulement à combler les lacunes résultant de l'insuffisance des systèmes d'enregistrement des données de l'état civil, mais aussi à fournir des renseigne-

ments utiles à des fins plus spécifiques. Par exemple, les enquêtes sur la fécondité et sur le planning familial comme les enquêtes mondiales sur la fécondité (EMS) et les enquêtes sur la prévalence de la contraception (EPC) ont conduit les gouvernements à modifier leurs politiques et leurs programmes. Au cours des dix dernières années, plus d'une douzaine de pays d'Afrique subsaharienne ont procédé à au moins une enquête de ce genre, mais plus de la moitié n'en ont jamais fait.

Les gouvernements africains doivent prendre en main l'organisation de la recherche et l'analyse des travaux sur les questions de population. La plupart des pays doivent évaluer leur situation démographique de base pour déterminer quels facteurs influent sur la dynamique actuelle de leur population. Ce diagnostic aidera à choisir les méthodes d'intervention appropriées du point de vue culturel pour réduire la fécondité.

Les résultats de la recherche peuvent guider la conception, le suivi et l'évaluation des programmes démographiques. Il faudrait donner un rang de priorité élevé à la recherche de moyens d'améliorer les services. Il est tout aussi important de développer les méthodes de contraception adaptées aux besoins des communautés rurales où l'infrastructure sanitaire est rudimentaire. Pour encourager les ménages à avoir moins d'enfants, il faut chercher à comprendre les valeurs et les comportements culturels qui déterminent la taille de la famille.

La fécondité chez les adolescents est une préoccupation croissante. Les jeunes célibataires, exclus jusqu'ici des enquêtes EMS et EPC, doivent être pris en compte à l'avenir. Des études ethnographiques à petite échelle sont un moyen complémentaire d'identifier les mesures à prendre pour encourager les jeunes femmes à différer leur première grossesse. Et comme la population active et la population d'âge scolaire vont inévitablement augmenter à un rythme rapide, il incombera aux gouvernements d'organiser en grande partie le travail d'analyse nécessaire pour assurer une planification rationnelle afin de faire face à l'accroissement rapide de la population.

Coordination des programmes publics et privés

Dans bien des cas, des services distincts des ministères clés, comme ceux du Plan, de la santé et de l'éducation, analysent séparément les questions démographiques et effectuent chacun leurs propres programmes de population et de planning familial. Une telle structure peut faciliter la protection des pro-

grammes particuliers, comme le planning familial, mais cela peut aussi être nuisible, si le planning familial n'est pas la principale activité des services en question. Pour que les questions et les stratégies démographiques soient abordées de façon plus intégrée, il faudrait que ces programmes soient coordonnés par un organe spécial, une commission extra-ministérielle ou un ministère particulier.

Quelques gouvernements africains ont mis en place des organes centraux de formulation des politiques ou de coordination, qui doivent s'attacher en priorité à créer un consensus politique sur la tâche à accomplir. Ils peuvent également s'employer à obtenir les crédits nécessaires à l'exécution des politiques démographiques, les répartir entre les institutions, orienter l'exécution des programmes et évaluer et modifier la stratégie adoptée en fonction des résultats. Les organes de coordination sont plus efficaces s'ils ont les moyens politiques et budgétaires d'appuyer leurs décisions et s'ils coopèrent avec des institutions privées. Ils doivent se garder de donner des directives rigides pouvant décourager l'action de ministères ou d'organisations privées relativement autonomes.

Les résultats obtenus jusqu'à présent montrent que ces organes de coordination souffrent de plusieurs défauts :

- Leur personnel d'encadrement est réduit et souvent mal formé. La Commission nationale de la population de la Sierra Leone, par exemple, fonctionne avec un service de planification de la population qui n'emploie que deux spécialistes.

- Souvent, ils ne disposent pas de toutes les données et analyses nécessaires pour faire des recommandations et prendre des décisions.

- Ils n'ont pas de pouvoir ni même beaucoup d'influence sur les programmes des ministères concernant le planning familial ou des domaines qui influent sur l'attitude du public à l'égard du planning familial. Ainsi, le Bureau national de la population, au Nigéria, n'est pas associé, de façon formelle, au Ministère de la santé, ou à ses programmes.

- Ils n'ont pas le pouvoir de stipuler le montant des crédits qui, dans les budgets des différents ministères, doivent être affectés au planning familial.

Promotion des services privés

Si l'on veut que les programmes de planning familial se développent régulièrement, il faudra réorienter quelque peu l'action des pouvoirs publics et en mo-

difier la nature. Les dirigeants gouvernementaux doivent s'engager plus fermement à formuler une politique démographique, mais ils doivent aussi se garder de monopoliser la fourniture des services de planning familial. La participation excessive de l'Etat risque en effet de peser sur ses ressources administratives et financières limitées. Les gouvernements doivent donc adopter une démarche strictement africaine, sans doute fondée sur l'encouragement délibéré du pluralisme. Les administrations locales, les communautés et le secteur privé doivent être encouragés à élargir l'accès aux services de planning familial.

Toutefois, encourager le pluralisme, ce n'est pas simplement tolérer passivement la diversité : il faut faciliter les initiatives locales et privées, faire des choix quant à la question de savoir comment et où il convient d'utiliser les ressources techniques et administratives limitées de l'Etat, et collaborer avec les organisations privées dans les domaines comme l'information et la formation, où une action concertée peut améliorer l'efficacité des services. Le pluralisme n'est pas non plus synonyme d'inertie. Les gouvernements doivent au contraire encourager la diffusion d'informations sur le planning familial et faire accepter sa légitimité. Dans les régions rurales, où les pouvoirs publics sont la principale, voire la seule, source de soins de santé modernes, et particulièrement de soins de santé maternelle et infantile, le secteur public devra être pendant encore un certain temps le principal fournisseur de services de planning familial.

Le financement des programmes de planning familial

Dans le chapitre précédent, on a vu qu'en Afrique, les véritables programmes de planning familial (comportant des soins de santé de base) coûtent environ 20 dollars par an et par usager actif, soit 0,75 dollar par habitant, dans l'hypothèse d'un taux d'extension de la contraception de 25 %. Il est plus difficile d'estimer le coût total d'une politique démographique, car au moins quelques-uns des programmes tendant à décourager les familles nombreuses sont inclus, même s'ils ont aussi d'autres objectifs—par exemple, développer l'éducation des femmes.

Le coût des programmes de planning familial correspond en majeure partie à des charges de fonctionnement : salaires, frais de transport, entretien des installations et achat de contraceptifs et de matériels. Il en va de même pour les programmes d'éducation

et de soins de santé de base pouvant contribuer à réduire le nombre d'enfants souhaités par les familles. Ces coûts devront être financés pendant de nombreuses années. A court terme, l'aide extérieure et la mobilisation des ressources communautaires et privées sont indispensables pour développer ces programmes. L'aide extérieure doit consister non seulement en crédits pour financer les frais directs, mais aussi en une assistance technique pour la conception des programmes, la formation ou la collecte de données. A plus long terme, les gouvernements devront maintenir un certain équilibre entre le financement extérieur et le financement intérieur. Si l'aide extérieure est généralement très précieuse pour mettre en route les programmes démographiques, leur efficacité dépend à terme de l'accroissement du financement intérieur, d'origine privée et publique.

Le montant total de l'aide publique fournie à toutes les régions en développement dans le domaine de la population est d'environ 500 millions de dollars par an, dont la moitié provient des Etats-Unis. Au cours des dernières années, cette aide a augmenté, en dollars courants, mais elle a diminué en valeur réelle. Alors qu'elle représentait 2 % de l'aide publique au développement (APD) au début des années 70, elle n'en représente plus maintenant que 1,5 % environ. L'aide en matière de population couvre environ la moitié du coût des programmes de planning familial et des programmes démographiques dans tous les pays en développement (à l'exclusion de la Chine), la proportion étant bien supérieure en Afrique.

En 1981, dernière année pour laquelle on dispose de données fiables sur l'aide en matière de population, toutes sources confondues, l'Afrique—qui compte environ le sixième de la population des pays en développement—a reçu une aide d'environ 53 millions de dollars, soit à peu près le dixième du total. Quarante millions de dollars provenaient de l'aide publique aux gouvernements, le reste provenant de programmes mondiaux comme l'IPPF et d'autres organismes non gouvernementaux (voir Encadré 13). Cela représente environ 0,12 dollar par habitant et par an, contre environ 0,15 dollar en Amérique latine, en Afrique du Nord et en Asie (à l'exclusion de la Chine). Les variations sont considérables à l'intérieur de chaque région : les pays poursuivant une politique démographique énergique (comme le Bangladesh, la Colombie, l'Egypte, le Kenya, les Philippines et la Thaïlande) reçoivent au moins 0,30 dollar par habitant. En revanche, dans certains pays (comme la Chine et l'Inde), les programmes de plan-

ning familial, solidement implantés, sont financés en grande partie au moyen de ressources intérieures. Il y a aussi des pays où les programmes de planning familial sont encore balbutiants : ainsi l'Ethiopie et le Nigéria reçoivent actuellement moins de 0,05 dollar par habitant et par an.

En gros, 30 % des ressources reçues par l'Afrique ont été consacrées à la collecte et à l'analyse de données démographiques, contre 10 à 12 % dans les autres régions, et environ la moitié aux programmes de planning familial et aux programmes de santé connexes, contre environ les trois quarts ailleurs. Ces différences sont dues au fait qu'en Afrique, la formulation des politiques et des programmes démographiques est moins avancée. Là, environ 2 % de l'aide en matière de population a été consacrée à l'élaboration des politiques, contre environ 7 % ailleurs.

En dépit du désir de nombreux donateurs d'accroître leur assistance démographique à l'Afrique, cette augmentation a été entravée, jusqu'à il y a quelques années, par l'absence de projets à financer. Aujourd'hui, toutefois, les gouvernements africains et les organisations non gouvernementales locales demandent une aide accrue en matière de population. Quel est le volume de l'assistance supplémentaire que les pays d'Afrique peuvent absorber efficacement?

La capacité d'absorption dépend de la capacité institutionnelle (personnel et installations), de l'infrastructure, de la participation aux coûts des gouvernements ou des organisations privées, et, enfin, de la demande. En Afrique—où les niveaux de revenu et d'éducation sont faibles, où l'infrastructure est déficiente, où l'on manque de personnel qualifié et où, d'une façon générale, il est difficile de financer les dépenses locales—la capacité d'absorption a entravé la réalisation de nombreux programmes de développement. Néanmoins, quelques pays pauvres ont réussi à tirer un excellent parti de l'aide substantielle qu'ils ont reçue dans le domaine de la population. Au Kenya, récemment, les programmes démographiques gouvernementaux et privés ont progressé de façon très réelle (après des années de progrès très limités). Ailleurs qu'en Afrique, parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, l'Indonésie et la Thaïlande ont utilisé avec une remarquable efficacité l'aide considérable qu'ils ont reçue et ont considérablement élargi le planning familial dans les régions rurales. Or, en Indonésie, le revenu par habitant est moins élevé qu'en Zambie, et il ne l'est guère plus qu'au Sénégal, au Libéria ou au Lesotho. En Indonésie et au Philippines, le revenu par habitant est loin

Encadré 13. Les sources d'assistance en matière de population

La principale source multilatérale d'aide publique est le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP). Le budget annuel du FNUAP était d'environ 124 millions de dollars en 1982, dont 20 millions (17 %) ont été consacrés à des programmes réalisés dans des pays d'Afrique. Pour les bénéficiaires, l'aide du FNUAP présente plusieurs avantages. D'abord, elle est appliquée avec souplesse (pouvant même servir à financer des dépenses de fonctionnement) et elle consiste en dons, plutôt qu'en prêts. Le FNUAP peut fournir une assistance dans des domaines liés à la population comme les soins de santé primaires avec un élément de planning familial, l'information publique, la démographie, les recensements et la formulation des politiques. Il a souvent recours à d'autres organismes des Nations Unies, y compris l'OMS et le FISE, pour exécuter les projets qu'il finance, bien que quelques gouvernements jouent eux-mêmes le rôle d'agents d'exécution (parfois avec le concours d'organisations privées locales).

Pour soutenir l'intérêt croissant que les questions démographiques ont suscité en Afrique au cours des deux dernières décennies, le FNUAP a aidé une trentaine de pays d'Afrique subsaharienne à réaliser leurs premiers recensements. Il a également appuyé des enquêtes démographiques et la mise en place de systèmes d'enregistrement. Ces premières activités touchent maintenant à leur fin, et les demandes d'assistance en matière de planning familial se multiplient. L'appui du FNUAP aux programmes de santé maternelle et infantile et de planning familial en Afrique est passé de 19 % du montant total de son assistance en 1981 à 26 % en 1982. En 1982 seulement, le FNUAP a aidé neuf pays à entreprendre des programmes de santé familiale. Il a aidé quelque 24 pays à mettre en oeuvre des programmes d'éducation en matière de planning familial et de population. Six pays avaient entrepris des projets d'éducation démographique dans les écoles, et 14 ont exprimé leur intérêt pour des programmes de ce genre.

Parmi les organisations non gouvernementales, les principales sources d'aide en matière de population sont la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF), l'Association internationale de planning familial (FPIA), le Fonds Pathfinder, l'Association pour la stérilisation volontaire (ASV) et le Conseil de la population. Les principes de financement de ces organisations sont souples, mais leurs ressources sont souvent limitées. Comme nous l'avons dit précédemment, l'IPPF regroupe les associations de planning

familial privées de quelque 116 pays, dont 24 en Afrique subsaharienne. En 1982, les associations de planning familial africaines ont dépensé environ 11 millions de dollars, dont plus de 80 % ont été fournis par la Fédération. Celle-ci a reçu une aide publique en matière de population d'environ 25 pays.

L'Association internationale de planning familial, qui fait partie de la Planned Parenthood Federation of America, s'emploie à encourager le planning familial par l'intermédiaire d'organisations privées comme les églises (par exemple, dans le cadre du projet de Chogoria, au Kenya), les groupements de femmes et les universités, du secteur commercial (notamment dans le cadre des projets pharmaceutiques en Zambie et au Nigéria décrits au Chapitre 4) et des gouvernements. En 1982, son budget annuel était d'environ 16 millions de dollars (dont 2 millions pour l'Afrique). Cet organisme est financé essentiellement par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID).

Le Fonds Pathfinder est financé en grande partie par l'USAID. Son budget annuel était d'environ 7 millions de dollars en 1982. Il coopère essentiellement avec des organisations privées (comme l'organisation Maendeleo au Kenya) pour encourager le planning familial. Le Conseil de la population est une organisation internationale qui fait des recherches, fournit une assistance technique et finance plusieurs grandes publications. Son budget annuel était d'environ de 15 millions de dollars en 1982.

Parmi les sources d'aide bilatérale, ce sont les Etats-Unis qui ont, de loin, le programme le plus important et qui ont apporté les plus grosses contributions au FNUAP, à la Fédération internationale de planning familial et à plusieurs autres organisations privées. Leur aide publique au développement dans le domaine de la population est en moyenne de 200 millions de dollars par an, dont à peu près le cinquième va, directement ou indirectement, à l'Afrique subsaharienne. Environ un sixième du total va au FNUAP, et plus de la moitié à des organisations privées comme l'IPPF, la FPIA, le Conseil de la population et des universités. Les Etats-Unis sont le principal soutien extérieur du programme national du Zimbabwe. Les pays nordiques, le Japon, l'Allemagne et le Royaume-Uni fournissent également une aide bilatérale considérable dans le domaine de la population et soutiennent le FNUAP, l'IPPF et d'autres organisations privées. Plusieurs autres pays versent des contributions d'un montant plus modeste.

d'atteindre le niveau enregistré au Cameroun, au Congo ou au Nigéria.

L'urbanisation ou l'existence d'une main-d'oeuvre éduquée peuvent, à court terme, accroître la capacité d'absorption. Au Cameroun, au Congo, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Libéria, au Sénégal, au Zaïre et en Zambie, au moins le tiers de la population vit dans des agglomérations urbaines. Bien que l'on ne dispose pas d'indicateurs directs fiables du niveau d'éducation de la main-d'oeuvre, le taux de scolarisation des enfants en âge de fréquenter l'école secondaire est d'environ 36 % au Ghana, 19 % au Kenya et de 15 à 18 % au Nigéria, au Soudan et au Zimbabwe.

La question de savoir si l'Afrique pourra obtenir l'aide supplémentaire dont elle a besoin en matière

de population dépend non seulement de l'existence de projets viables mais aussi du volume de l'aide extérieure et de la possibilité de moduler cette aide en fonction des besoins. Cela dépend aussi en grande partie de l'aide que les donateurs sont disposés à fournir aux organisations privées et aux gouvernements, et de leur volonté de financer la recherche de nouvelles méthodes de contraception et de planning familial, ainsi que l'achat de contraceptifs, les salaires, les autres dépenses de fonctionnement et les dépenses d'équipement (la construction de dispensaires, par exemple). Il importera également que les sources de financement extérieures soutiennent les programmes de soins de santé de base et d'éducation féminine et les autres programmes visant à améliorer la condition des femmes.

Données supplémentaires sur la population

Les cinq tableaux ci-après contiennent des renseignements démographiques de politique générale complétant l'Annexe statistique (Tableaux 1 et 19 à 25). Les tableaux concernent les 48 pays d'Afrique subsaharienne. Ces pays sont classés par ordre croissant de revenu par habitant en 1983. Dans la catégorie des pays à faible revenu (dont le revenu par habitant était égal ou inférieur à 410 dollars en 1982, une distinction est faite entre les pays à faible revenu semi-arides et tous les autres pays à faible revenu.

Le symbole (.) signifie moins de 0,5 %, et le symbole (..) signifie non connu. Les mises en garde figurant dans l'Annexe statistique en ce qui concerne la fiabilité et la comparabilité des données d'un pays à un autre valent pour tous les pays.

Tableau S-1. Projections de la population

Les projections de la population présentées ici et dans le Tableau 19 de l'Annexe statistique ont été établies au moyen d'un programme informatique de la Banque mondiale, utilisant une variante de la méthode matricielle de projection des cohortes pour simuler les effets sur le chiffre de la population et la répartition par âge de différentes hypothèses sur la fécondité, la mortalité et la migration, au cours de périodes quinquennales successives. Pour calculer le nombre des naissances à chaque période, on rapporte un

tableau de fécondité par âge, corrigé pour correspondre à l'indice synthétique de fécondité donné, au chiffre de la population féminine classée par groupe d'âge, pour la période considérée. Ces naissances constituent la plus jeune cohorte de la population; chaque cohorte vieillit selon les conditions de mortalité supposées.

Les hypothèses sur la fécondité sont présentées sous la forme d'indices synthétiques de fécondité et de taux de fécondité par âge; les hypothèses de mortalité correspondent à l'espérance de vie à la naissance ou aux taux de mortalité établis en fonction de tables de mortalité normalisées. Les hypothèses sur les migrations sont établies sur la base du nombre net de migrants par sexe et par âge pour chaque période quinquennale; la répartition par âge des migrants a été obtenue au moyen d'un modèle faisant intervenir le rapport général de masculinité. Les hypothèses de migration ne varient pas suivant les scénarios de fécondité mais on a supposé que, dans la plupart des pays, la migration nette deviendrait nulle d'ici à l'an 2000. Les sources des données utilisées aux fins des estimations sur la population à l'année de base sont examinées dans la note technique qui accompagne le Tableau 19 de l'Annexe statistique.

Pour établir la courbe de fécondité future relative à la *projection type*, on a analysé la situation dans un

groupe de pays pour lequel il est possible d'émettre des opinions relativement fiables quant à l'année à laquelle le taux de fécondité de remplacement sera atteint. Il a été procédé à une analyse de régression de ce dernier taux par rapport à plusieurs variables explicatives, à savoir l'indice synthétique de fécondité actuel pour chaque pays, les variations enregistrées par cet indice au cours des dix années précédentes, la proportion de la population ayant recours à la contraception et l'espérance de vie actuelle des femmes. Il a été ainsi possible d'obtenir, pour chaque pays, l'année où le niveau de remplacement sera atteint. Une courbe décrivant l'évolution de l'indice synthétique de fécondité entre l'année en cours et l'année où sera atteint le niveau de remplacement a été ajustée pour chaque pays. Une fois ce niveau atteint, on suppose que la fécondité sera stationnaire.

Pour tracer la courbe de mortalité future, on a supposé que l'allongement de l'espérance de vie dépendait du niveau déjà atteint. Il a été procédé à une analyse de régression des variations de l'espérance de vie des femmes entre 1965-69 et 1975-79 par rapport aux espérances de vie initiales. A cet effet, deux groupes de pays ont été considérés séparément : ceux dans lesquels les taux de scolarisation primaire, exprimés en pourcentage, étaient inférieurs à 70 % et ceux dans lesquels ces taux étaient au moins égaux à 70 (y compris les pays développés). Pour obtenir les estimations des allongements annuels, on a divisé par dix l'estimation de l'allongement décennal obtenue à partir de ces deux équations.

D'autres projections tablent sur une baisse plus rapide et sur une baisse plus lente de la fécondité. Dans le cas des projections fondées sur une baisse rapide de la fécondité, on a supposé que l'indice synthétique de fécondité tomberait au niveau de remplacement 15 ans plus tôt que selon la projection type. Dans celui des projections fondées sur une baisse plus lente de la fécondité, on a supposé que la fécondité tomberait au niveau de remplacement 10 ans plus tard que selon la projection type.

Le *taux d'accroissement naturel* correspond à la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès par centaine d'habitants. Les chiffres récapitulatifs sont pondérés par le chiffre de la population.

L'*indice synthétique de fécondité* représente le nombre d'enfants qui seraient mis au monde par une femme si elle vivait jusqu'à la fin de sa période de procréation et mettait au monde, à chaque période, un nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pertinent. On a calculé les taux pour l'an

2000 dans le cas d'une baisse type et d'une baisse rapide de la fécondité. Les chiffres récapitulatifs sont pondérés par le chiffre de la population.

Tableau S-2. Composition de la population

Le *rapport de dépendance économique* est le rapport exprimé en pourcentage entre, d'une part, la somme des personnes de moins de 15 ans et de plus de 64 ans et, d'autre part, la population comprise entre 15 et 64 ans. Le rapport de dépendance économique pour l'an 2000 a été calculé au moyen des projections de population types de la Banque mondiale utilisées au Tableau S-1.

Tableau S-3. Emploi de contraceptifs et besoin non satisfait

L'*emploi de contraceptifs* est représenté par le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans, actuellement mariées, utilisant chaque méthode. Par *stérilisation*, on entend la stérilisation masculine et féminine. Les *méthodes vaginales* comprennent les spermicides et le diaphragme. Les *autres méthodes* sont la continence périodique, le coït interrompu, la continence et, parfois, les ablutions vaginales et les méthodes populaires. Les chiffres ayant été arrondis, la somme des taux d'emploi de chaque méthode peut ne pas correspondre au total.

Des estimations haute et basse du *besoin non satisfait* de contraception n'ont été calculées que pour les femmes qui ne veulent plus d'enfant, abstraction faite de celles qui veulent différer une grossesse. L'estimation basse porte sur les femmes mariées en âge de procréer qui ne veulent plus d'enfant, n'utilisent aucune méthode de contraception et sont exposées au risque de grossesse (c'est-à-dire les femmes fécondes, non enceintes, non allaitantes ou qui allaitent depuis plus d'un an). L'estimation haute prend également en compte celles qui utilisent des méthodes de contraception peu efficaces (continence périodique, coït interrompu, etc.) et celles qui allaitent depuis moins d'un an.

Les données relatives à l'emploi de contraceptifs et au besoin non satisfait proviennent toutes d'Enquêtes mondiales sur la fécondité (EMF) représentatives à l'échelon national pour les années considérées et d'Enquêtes sur la prévalence de la contraception (EPC) ou des derniers chiffres dont dispose la Banque mondiale.

Tableau S-1. Projections de la population

Pays	Population (millions d'habitants) milieu de 1985	Nombre d'habitants projeté (millions d'habitants)						Taux d'accroissement naturel, 2000-2005			Indice synthétique de fécondité, 2000-2005		
		Projection type		Baisse rapide de la fécondité		Baisse lente de la fécondité		Projection type	Baisse rapide de la fécondité	Baisse lente de la fécondité	Projection type	Baisse rapide de la fécondité	Baisse lente de la fécondité
		2000	2050	2000	2050	2000	2050						
Pays à faible revenu semi-arides													
Mali	7,51	11,23	27,91	10,80	21,03	11,39	34,33	2,84	2,21	3,16	5,64	4,40	6,26
Burkina Faso	6,66	9,22	23,21	8,92	17,60	9,34	28,57	2,80	2,31	3,07	5,74	4,75	6,29
Niger	6,47	10,52	29,21	9,85	20,11	10,66	36,59	3,04	2,25	3,34	6,15	4,40	6,76
Somalie	5,38	8,46	22,72	7,60	14,54	8,57	28,22	2,93	2,05	3,22	5,96	4,01	6,54
Gambie	0,74	1,09	2,42	1,01	1,76	1,11	2,95	2,32	1,74	2,58	5,32	4,00	5,89
Tchad	4,98	7,27	16,61	7,17	13,42	7,35	20,01	2,34	1,92	2,58	5,33	4,44	5,81
Autres pays à faible revenu													
Ethiopie	41,84	63,66	142,04	61,91	113,26	65,14	173,08	2,44	1,93	2,72	4,81	3,78	5,39
Zaire	31,56	49,92	116,43	7,34	88,00	51,46	145,59	2,67	1,96	3,05	4,94	3,56	5,73
Guinée-Bissau	0,89	1,23	2,63	1,18	2,05	1,24	2,97	2,15	1,69	2,34	5,41	4,35	5,81
Malawi	7,04	11,35	28,70	10,27	19,56	11,55	35,23	2,89	2,16	3,21	6,13	4,40	6,84
Ouganda	14,86	24,60	64,11	22,09	42,94	25,38	81,51	3,01	2,18	3,35	5,48	3,72	6,24
Burundi	4,70	7,37	18,42	6,85	12,78	7,35	22,37	2,83	1,93	3,20	5,63	3,95	6,26
Tanzanie	22,24	36,92	96,44	33,07	64,15	37,99	112,38	3,00	2,16	3,35	5,48	3,71	6,24
Rwanda	6,03	10,24	29,50	8,97	18,19	10,32	37,30	3,20	2,25	3,61	6,38	4,32	7,18
Rép. centrafricaine	2,58	3,96	9,44	3,89	7,42	4,01	11,45	2,56	2,00	2,85	5,23	4,14	5,79
Togo	3,02	4,86	12,11	4,40	8,36	4,99	15,07	2,81	2,07	3,14	5,14	3,61	5,82
Bénin	4,04	6,47	16,02	5,86	11,09	6,64	19,93	2,80	2,06	3,13	5,14	3,62	5,82
Guinée	6,05	8,32	17,68	8,00	13,76	8,40	19,92	2,08	1,62	2,26	5,41	4,35	5,81
Ghana	13,95	23,14	53,42	20,77	38,15	24,43	69,16	2,77	1,99	3,36	4,33	2,89	5,47
Madagascar	10,09	16,19	41,90	15,57	31,14	16,40	51,65	2,92	2,26	3,24	5,60	4,32	6,22
Sierra Leone	3,75	5,36	12,17	5,13	9,21	5,42	13,89	2,30	1,79	2,51	5,84	4,58	6,29
Kenya	20,59	36,46	96,64	32,55	66,20	38,45	128,46	3,27	2,42	3,82	5,19	3,49	6,36
Soudan	21,69	33,39	79,11	31,59	59,11	34,32	98,85	2,64	1,99	2,98	5,20	3,96	5,89
Mozambique	13,87	21,72	53,72	21,95	43,67	22,64	68,75	2,83	2,19	3,13	5,63	3,88	6,25
Namibie	1,16	1,86	4,16	1,65	2,88	1,92	5,19	2,66	1,79	3,10	4,38	2,79	5,22

Pays à revenu intermédiaire importateurs de pétrole													
Sénégal	6,56	10,12	23,33	9,18	16,27	10,32	28,83	2,57	1,84	2,90	5,26	3,74	5,95
Lesotho	1,52	2,24	4,93	2,03	3,47	2,28	5,97	2,41	1,68	2,77	4,50	3,13	5,15
Libéria	2,20	3,46	8,51	3,13	5,78	3,56	10,71	2,70	1,92	3,05	5,42	3,74	6,16
Mauritanie	1,69	2,57	6,30	2,40	4,49	2,60	7,75	2,74	1,96	3,05	5,64	3,99	6,26
Zambie	6,70	11,04	26,75	9,80	17,98	11,38	33,66	2,86	2,00	3,27	5,10	3,35	5,94
Côte d'Ivoire	10,30	17,31	38,40	16,03	28,53	17,28	45,60	2,45	1,79	2,83	4,53	3,30	5,38
Zimbabwe	8,50	14,28	33,05	12,79	23,61	15,09	42,74	2,73	1,96	3,31	4,34	2,91	5,47
Swaziland	0,76	1,22	2,86	1,12	2,08	1,28	3,67	2,73	2,05	3,19	4,70	3,35	5,63
Botswana	1,05	1,76	3,80	1,52	2,69	1,84	4,81	2,49	1,70	3,20	3,67	2,33	4,92
Maurice	1,04	1,29	1,82	1,26	1,73	1,30	1,90	1,21	1,13	1,30	2,25	2,12	2,37
Pays à revenu intermédiaire exportateurs de pétrole													
Nigéria	99,67	162,72	411,49	146,57	279,65	167,33	519,10	2,92	2,13	3,26	5,42	3,74	6,16
Cameroun	10,19	16,65	41,65	15,67	30,44	17,20	53,19	2,93	2,11	3,36	5,25	3,63	6,14
Congo, Rép. populaire du	1,91	3,37	7,81	2,95	5,25	3,44	10,01	3,00	1,52	3,61	5,00	2,41	6,13
Gabon	0,83	1,24	2,94	1,22	2,29	1,26	3,56	2,43	1,87	2,71	5,23	4,12	5,79
Angola	8,64	13,22	32,25	12,52	23,50	13,38	39,49	2,66	2,00	2,92	5,75	4,29	6,26
Pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure													
Afrique du Sud	33,59	49,44	92,08	45,60	72,75	51,53	112,01	1,96	1,37	2,41	3,24	2,28	4,01
Pays de moins de 500.000 habitants													
São Tomé-et-Principe	0,11	0,16	0,32	0,14	0,23	0,17	0,39	2,23	1,38	2,69	3,69	2,29	4,52
Cap-Vert	0,33	0,48	1,03	0,45	0,84	0,49	1,17	2,50	1,98	2,69	3,54	2,71	3,88
Seychelles	0,07	0,08	0,13	0,08	0,11	0,08	0,14	1,43	1,26	1,60	2,39	2,10	2,64
Comores	0,40	0,66	1,67	0,61	1,17	0,68	2,13	2,98	2,07	3,41	5,25	3,52	6,14
Djibouti	0,36	0,59	1,75	0,55	1,21	0,59	2,04	3,07	2,37	3,31	6,07	4,51	6,57
Guinée équatoriale	0,37	0,54	1,14	0,53	0,92	0,54	1,37	2,18	1,70	2,45	5,24	4,25	5,79
Réunion	0,55	0,69	0,93	0,68	0,90	0,69	0,96	1,11	1,11	1,18	2,12	2,10	2,22
Afrique subsaharienne	459,02	729,93	1761,64	675,23	1266,33	751,50	2207,46	2,74	2,02	3,11	5,11	3,65	5,86

Tableau S-4. Facteurs qui influent sur la fécondité

Le *nombre moyen d'enfants vivants* porte sur les enfants vivants à l'époque de l'enquête. Le *nombre idéal d'enfants* est le nombre donné en réponse à la question : "Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous souhaiteriez avoir durant toute votre existence, quel serait ce nombre?" Les chiffres correspondent aux moyennes des réponses chiffrées données par les personnes ayant participé à l'enquête. Le nombre d'enfants vivants, comme le nombre idéal d'enfants, se rapporte généralement à toutes les femmes de 15 à 49 ans non célibataires, sauf au Kenya et au Soudan (femmes de 15 à 50 ans) et en Mauritanie (femmes de 12 à 50 ans). Le nombre idéal d'enfants obtenu pour le Ghana a été calculé pour les femmes actuellement mariées. Le nombre d'enfants vivants au Kenya et au Nigéria se rapporte à toutes les femmes en âge de procréer.

Le *pourcentage de femmes non célibataires de 15 à 19 ans* comprend celles qui vivent dans le cadre d'union consensuelles, ainsi que les femmes légalement mariées.

La *durée moyenne de l'allaitement maternel* correspond au nombre de mois pendant lequel une femme allaiterait, en moyenne, si elle se conformait à la pratique courante. Ce chiffre est obtenu au moyen de données actuelles provenant d'enquêtes sur l'allaitement maternel pour toutes les naissances.

Ce tableau a été établi à partir des recensements nationaux et des enquêtes faits pour l'EMF et l'EPC pour les années indiquées.

Tableau S-5. Condition de la femme

Le *rapport entre le taux d'alphabétisation des hommes et celui des femmes* est un rapport qui a pour numérateur le pourcentage d'hommes de 15 ans et plus qui savent lire et écrire et pour dénominateur le pourcentage de femmes de 15 ans et plus qui savent lire et écrire. Les données proviennent du *Rapport sur le développement dans le monde 1984*.

Pour estimer le *pourcentage de la population de 15 à 49 ans qui est ou a été inscrite à l'école primaire*, les taux passés de scolarisation primaire ont été rapportés à la population âgée de 15 à 49 ans en 1980 répartie en groupe d'âge de cinq ans et ces taux ont été pondérés par la proportion représentée par chaque groupe d'âge de cinq ans dans le chiffre total de la population de 15 à 49 ans en 1980. Les données proviennent du *Rapport sur le développement dans le monde 1984*.

L'*âge moyen singularisé au mariage* est l'âge moyen au premier mariage des individus qui se marient avant d'avoir 49 ans révolus. Il est calculé au moyen du pourcentage d'individus non célibataires dans chaque groupe d'âge de la population actuelle et ne décrit donc pas la situation d'une cohorte particulière. Les données figurant dans cette colonne sont tirées du *Rapport sur le développement dans le monde 1984*.

La *population active* comprend le personnel des forces armées et les chômeurs mais non les ménagères, les étudiants et autres groupes inactifs. Les données proviennent de publications du Département du commerce et de l'USAID.

Tableau S-2. Composition de la population

Pays	Rapport de dépendance économique (%)				Rapport de la population par groupes d'âge								
	Projection type			Baisse rapide de la fécondité, 2000	Population 0-14 ans			15-64 ans, projection type		65 ans et +, projection type		Femmes de 15 à 49 ans en % de la population féminine	
	1970	1985	2000		Projection type	Baisse rapide de la fécondité, 2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000
Pays à faible revenu semi-arides													
Mali	89	98	98	91	46,38	46,47	44,34	49,95	50,40	3,67	3,13	44,68	43,96
Burkina Faso	85	92	97	91	44,15	45,81	43,98	52,28	50,67	3,56	3,52	45,44	43,55
Niger	93	96	101	88	45,36	47,53	43,97	52,15	49,79	2,49	2,68	45,18	43,62
Somalie	83	94	98	78	44,18	46,64	40,59	52,90	50,42	2,93	2,94	45,60	44,00
Gambie	82	83	84	71	42,36	42,65	38,23	55,56	54,23	2,08	3,11	47,72	46,25
Tchad	82	78	87	84	40,27	42,72	41,92	56,14	53,60	3,59	3,68	47,51	45,21
Autres pays à faible revenu													
Ethiopie	90	86	87	79	45,41	43,47	41,05	51,92	53,54	2,67	2,99	45,27	46,16
Zaïre	89	94	93	83	44,43	44,94	41,94	52,58	51,90	3,00	3,16	45,41	45,04
Guinée-Bissau	73	87	82	75	43,30	41,54	39,23	52,89	55,07	3,81	3,39	47,25	46,72
Malawi	96	98	96	77	47,09	46,16	40,46	50,34	51,07	2,57	2,77	44,60	44,73
Ouganda	98	103	100	79	47,78	47,29	41,30	49,50	50,10	2,72	2,60	42,97	44,34
Burundi	81	89	96	82	42,88	45,98	41,93	52,92	51,10	4,20	2,92	46,70	45,01
Tanzanie	98	101	99	79	46,51	47,17	41,03	50,39	50,14	3,11	2,69	43,78	44,07
Rwanda	99	99	109	83	45,67	49,66	42,56	51,51	47,78	2,82	2,55	44,74	42,74
Rép. centrafricaine													
Togo	88	100	97	79	46,12	46,30	40,70	50,59	50,73	3,29	2,97	44,78	45,51
Bénin	93	100	97	78	46,47	46,20	40,62	50,29	50,87	3,24	2,93	44,71	45,57
Guinée	83	78	82	75	39,59	41,41	39,11	56,92	54,98	3,49	3,61	47,73	46,60
Ghana	94	107	91	72	47,61	45,09	38,82	49,82	52,29	2,57	2,62	44,41	45,96
Madagascar	83	96	98	90	45,47	46,35	44,23	51,15	50,52	3,39	3,12	44,16	44,56
Sierra Leone	77	83	85	77	42,01	42,80	40,27	54,95	54,00	3,04	3,20	46,53	45,85
Kenya	117	121	103	81	51,02	48,64	42,47	46,08	49,24	2,90	2,13	41,33	44,66
Soudan	89	92	90	80	44,88	44,41	41,24	52,40	52,58	2,72	3,02	45,49	45,30
Mozambique	84	90	94	86	44,56	45,62	43,13	52,60	51,46	2,84	2,91	45,44	45,10
Namibie	87	93	90	68	44,33	44,18	36,98	52,52	52,64	3,15	3,17	45,32	45,87
Pays à revenu intermédiaire importateurs de pétrole													
Sénégal	87	92	91	73	43,93	44,35	38,67	52,91	52,44	3,16	3,21	41,91	45,13
Lesotho	82	86	87	69	40,97	42,38	36,32	54,75	53,42	4,28	4,19	45,70	45,91
Libéria	87	90	95	77	41,45	45,36	39,51	55,17	51,18	3,39	3,45	46,71	43,97
Mauritanie	92	88	99	86	43,66	46,26	42,58	53,18	50,26	3,15	3,49	45,07	43,56
Zambie	94	103	96	74	48,37	46,49	39,69	49,28	50,95	2,34	2,57	44,38	45,13
Côte d'Ivoire	94	90	81	67	45,45	41,86	36,84	52,12	55,29	2,43	2,84	44,42	46,91
Zimbabwe	97	106	95	75	48,56	46,43	40,17	48,62	51,20	2,82	2,37	43,96	46,46
Swaziland	91	103	90	74	47,11	44,70	39,69	50,13	52,66	2,77	2,64	44,36	46,39
Botswana	117	109	94	68	47,31	45,40	36,94	47,55	51,60	5,14	2,99	42,88	46,84
Maurice	86	58	52	48	35,11	28,32	26,49	61,13	65,93	3,76	5,75	52,17	55,09
Pays à revenu intermédiaire exportateurs de pétrole													
Nigéria	97	100	97	78	47,39	46,65	40,77	50,16	50,72	2,45	2,63	43,88	44,65
Cameroun	82	98	100	88	43,63	46,50	43,15	52,34	50,09	4,03	3,40	44,01	43,51
Congo, Rép. populaire du													
Gabon	83	97	109	83	45,15	48,47	41,12	51,37	47,96	3,48	3,57	42,99	42,04
Angola	64	72	94	91	36,60	43,90	42,78	58,42	56,47	4,97	4,64	48,26	42,80
Angola	84	89	91	80	44,40	44,61	41,49	52,89	52,49	2,70	2,91	45,68	45,27
Pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure													
Afrique du Sud	85	79	73	60	39,02	38,06	32,85	57,22	57,82	3,76	4,11	48,63	49,06
Pays de moins de 500.000 habitants													
São Tomé-et-Principe													
Cap-Vert	..	84	81	61	39,17	40,26	32,71	55,07	55,28	5,76	4,47	46,67	46,33
Seychelles	..	101	88	78	47,28	42,86	39,89	46,88	53,29	5,85	3,85	42,59	49,89
Comores	..	73	61	52	38,41	31,55	27,55	55,10	62,08	6,49	6,37	43,80	53,04
Djibouti	..	109	101	85	47,32	47,52	42,94	48,33	49,80	4,35	2,68	42,50	43,81
Guinée équatoriale	..	95	99	88	45,41	46,91	43,77	51,92	50,39	2,67	2,71	45,27	43,75
Réunion	..	72	87	84	37,83	42,38	41,42	58,04	53,45	4,13	4,16	48,40	44,54
Afrique subsaharienne	..	54	49	46	35,05	27,41	26,14	61,14	67,22	3,81	5,37	53,31	55,84
Afrique subsaharienne	..	95	93	78	45,41	45,22	40,60	51,67	51,84	2,93	2,94	44,89	45,24

Tableau S-3. Emploi de contraceptifs et besoin non satisfait
(pourcentage des femmes de 15 à 49 ans actuellement mariées)

Pays	Année	Emploi actuel de contraceptifs					Total	Pourcentage de femmes ne voulant plus d'enfant	Besoins non satisfaits de contraception	
		Stérilisation	Pilules et contraceptifs injectables	Stérilet	Préservatifs masculins et méthodes vaginales	Autres méthodes			Estimation basse	Estimation haute
Pays à faible revenu semi-arides										
Mali	1977	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Burkina Faso	1977	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Niger	1977	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Somalie	1982	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Gambie	1977	..	..	..	..	..	5	..	..	..
Tchad	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Autres pays à faible revenu										
Ethiopie	1982	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Zaïre	1982	..	..	..	..	..	3	..	..	..
Guinée-Bissau	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Malawi	1977	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Ouganda	1983	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Burundi	1977	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Tanzanie	1977	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Rwanda	1982	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Rép. centrafricaine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Togo	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Bénin	1981-82	..	..	..	..	..	18	..	..	..
Guinée	1977	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Ghana	1979	1	3	(.)	2	4	10	20	5	8
Madagascar	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Sierra Leone	1982	..	..	..	..	..	4	..	..	..
Kenya	1977-78	1	3	1	(.)	2	8	25	6	10
Soudan	1979	(.)	3	(.)	(.)	1	5	27	6	9
Mozambique	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pays à revenu intermédiaire importateurs de pétrole										
Sénégal	1978	(.)	(.)	(.)	(.)	3	4	..	..	..
Lesotho	1977	1	1	(.)	(.)	3	5	26	5	9
Libéria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Mauritanie	1981	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Zambie	1977	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Côte d'Ivoire	1980-81	(.)	(.)	(.)	(.)	2	3	12	2	3
Zimbabwe	1984	..	..	..	..	..	27	..	..	..
Swaziland	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Botswana	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Maurice	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pays à revenu intermédiaire exportateurs de pétrole										
Nigéria	1983	..	..	..	..	..	6	..	..	..
Cameroun	1978	(.)	(.)	(.)	(.)	2	11	23	1	1
Congo, Rép. populaire du	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gabon	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Angola	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure										
Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pays de moins de 500.000 habitants										
São Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cap-Vert	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Seychelles	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Comores	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Djibouti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Réunion	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Tableau S-4. Facteurs qui influent sur la fécondité

Pays	Année	Nombre moyen d'enfants vivants	Nombre idéal d'enfants	Pourcentage de femmes non célibataires de 15 à 19 ans	Durée moyenne de l'allaitement maternel (mois)	Indice synthétique de fécondité des femmes		Stérilité ^a		
						Non scolarisées	Ayant au moins sept ans de scolarité	Année	Pourcentage des femmes sans enfant	35-39	40-44
Pays à faible revenu semi-arides										
Mali	1975 ^b	..	..	54	..	..	..	..	..	..
Burkina Faso	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Niger	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Somalie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gambie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tchad	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Autres pays à faible revenu										
Ethiopie	1978 ^c	..	..	64	..	..	..	..	..	..
Zaïre	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guinée-Bissau	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Malawi	1977 ^b	..	..	51	..	..	..	1977	3,8	3,7
Ouganda	..	..	..	..	..	..	..	1969	9,4	11,7
Burundi	..	..	..	..	..	..	..	1970-71	5,1	6,8
Tanzanie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rwanda	..	..	..	..	..	..	..	1970	1,6	2,1
Rép. centrafricaine	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Togo	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Bénin	1980-82 ^c	2,5	..	44	19	7,3	4,5	..	..	..
Guinée	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ghana	1979 ^c	..	6,1	31 ^d	18	6,8	5,5	..	..	..
Madagascar	1975 ^b	..	..	34	..	..	..	..	..	..
Sierra Leone	..	..	..	..	..	..	..	1974	11,1	13,9
Kenya	1977-78 ^c	3,2	7,2	25	16	8,3	7,3	1977-78	2,0	3,0
Soudan	1979 ^c	3,5	6,3	23	16	6,5	3,4	1979	5,3	6,5
Mozambique	..	..	..	..	..	..	..	1980	14,4	13,7
Pays à revenu intermédiaire importateurs de pétrole										
Sénégal	1978 ^c	2,9	8,8	59	19	7,5	4,5	..	..	..
Lesotho	1977 ^b	2,6	5,9	32 ^d	20	6,2	4,8	1977	6,0	5,3
Libéria	..	..	..	42	..	..	..	1971	12,6	15,8
Mauritanie	1981 ^b	3,1	9,2	39 ^d	16	..	..	1981	4,4	5,8
Zambie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Côte d'Ivoire	1980-81 ^c	..	..	56 ^d	17	7,5	5,8	..	..	..
Zimbabwe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Swaziland	1976 ^b	3,0	..	..	..	..	..	1976	6,7	6,7
Botswana	..	..	..	..	..	..	..	1971	6,0	6,1
Maurice	1972 ^b	..	..	13	..	..	..	..	..	..
Pays à revenu intermédiaire exportateurs de pétrole										
Nigéria	1982 ^c	2,5	..	44 ^d	18	6,4	5,2	..	..	..
Cameroun	1978 ^c	2,7	..	53	18	4,5	2,5	..	..	..
Congo, Rép. populaire du	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gabon	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Angola	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure										
Afrique du Sud										
Pays de moins de 500.000 habitants										
São Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cap-Vert	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Seychelles	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Comores	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Djibouti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Réunion	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

- a. Chiffres provenant, le cas échéant, d'enquêtes et de recensements.
 b. Recensement.
 c. Enquête.
 d. Données de l'EMF.

Tableau S-5. Condition féminine

Pays	Année du dernier recensement	Rapport d'alphabétisation des adultes hommes/femmes, 1980	Education						Mariage					Rapport entre les % des pop. fém. et masc. de plus de 10 ans économiquement actives				Rapport hom./fem. de l'espérance de vie à la naissance, 1983	
			Taux de scolarisation secondaire, 1981		% du groupe d'âge 15-49 ayant fait des études primaires 1980		Rapport de scolarisation des pop. fém. et masc. de 15 à 49 ans (hommes = 100)		Age moyen singularisé au mariage 1977		Age minimum légal du mariage		Nombre moyen de femmes par polygame	Age auquel 50 % de la population n'est plus célibataire		Rapport entre les % des pop. fém. et masc. de plus de 10 ans économiquement actives			
			Pop. masc.	Pop. fém.	Pop. masc.	Pop. fém.	Pop. rurale	Pop. urbaine	Pop. masc.	Pop. fém.	Pop. masc.	Pop. fém.		% d'homme mariés polygames	Pop. masc.	Pop. fém.	Pop. rurale		Pop. urbaine
Pays à faible revenu semi-arides																			
Mali	1976	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	22,8 ^a	2,2	27 ^b	17	0,20 ^b	0,13	1,09
Burkina Faso	1975	..	4	2	15	8	20,6 ^b	54,6	..	..	18	15	..	..	..	..	1,06 ^c	1,11	1,07
Niger	1977	2,3	..	..	..	..	..	..	..	..	18	16	..	..	27 ^c	17	0,09 ^d	0,25	1,09
Somalie	1975	3,7	16	6	17	7	..	..	..	..	None	16	22,03 ^c	2,1	..	..	..	..	1,07
Gambie	1983	..	..	..	..	..	9,9 ^f	50,7	..	..	None	None	..	..	..	..	..	..	1,05
Tchad	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	22,0 ^e	2,2	22 ^e	17	0,30 ^e	0,16	1,07
Autres pays à faible revenu																			
Ethiopie	1984	..	16	8	21	9	..	..	..	..	18-20	12-15	..	..	22 ^h	16	0,35 ⁱ	0,13	1,08
Guinée-Bissau	1979	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1,04
Zaïre	1974	2,0	..	..	..	..	..	8,1	..	..	18	15	29,8 ^d	2,3	23 ^h	18	..	0,95 ^{i,k}	1,06
Malawi	1977	..	6	2	..	..	..	42,9 ^l	..	..	..	..	..	..	22 ^k	17	0,82 ^d	0,33	1,05
Ouganda	1980	..	7	3	..	..	..	34,2 ^l	..	..	18	16	..	..	30 ^f	20	..	..	1,04
Burundi	1979	1,6	4	2	32	14	29,4 ^m	48,4 ^l	..	..	..	..	8,4 ^m	2,1	23 ^f	21	..	..	1,07
Tanzanie	1978	1,1	4	2	47	32	35,4 ⁿ	62,9	..	..	18	15	27,1 ^l	2,3	23 ^m	17	0,88 ⁿ	1,01	1,06
Rwanda	1978	1,6	3	1	75	49	..	..	..	..	..	..	8,4 ⁱ	2,0	20 ^h	20	1,00 ⁱ	0,87	1,07
Rép. centrafricaine																			
Togo	1981	2,5	20	7	70	26	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1,07
Bénin	1979	..	46	16	85	39	27,9 ⁱ	57,5	..	18	..	..	35,9 ⁱ	2,4	25 ^h	18	0,67 ⁱ	0,65	1,06
Guinée	1983	2,4	26	10	50	22	..	39 ^{o,m}	..	..	None	None	31,1 ^h	2,3	24 ⁱ	20	0,28 ⁱ	0,75	1,09
Ghana	1984	..	23	9	44	19	..	..	..	..	18	17	..	..	26 ^k	20	0,94 ^o	0,48	1,03
Madagascar	1975	..	44	27	..	..	53,4 ^k	63,6	27	19	13	13	26,2 ^p	2,4	n,a, ^m	19	..	0,78 ^o	1,07
Sierra Leone	1974	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1,02
Kenya	1979	1,7	..	..	..	..	..	21,2 ^l	..	..	..	..	..	..	..	..	..	0,54 ^k	1,03
Soudan	1983	..	23	15	74	48	..	..	..	20	15-18	9-18	20,4 ^q	2,1	25 ^l	19	..	..	1,07
Mozambique	1980	1,9	20	15	42	23	22,5 ^f	62,0	..	21	20	16	..	..	25 ^f	18	0,27 ^f	1,01	1,04
			9	4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	24 ^h	19	..	..	1,07

Pays à revenu intermédiaire importateurs de pétrole																			
Sénégal	1976	..	16	8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	28 ^r	18	0,42 ⁱ	0,25	1,07
Lesotho	1976	0,7	13	20	..	..	116,9 ⁱ	25	20	18	16	28,4 ^m	2,2	25 ^s	19	..	..	..	1,08
Libéria	1984	..	29	11	58	27	30,9 ^k	53,3	28	19	16	16	..	..	26 ^s	18	0,42 ^q	0,22	1,06
Mauritanie	1976	..	16	4	19	7	..	..	..	..	..	..	..	..	28 ^s	21	0,19 ^s	0,13	1,07
Zambie	1980	..	..	..	..	..	48,6 ⁱ	..	..	16	16	..	..	..	24 ^l	18	0,65 ^s	0,32	1,06
Côte d'Ivoire	1975	1,9	25	9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1,06
Zimbabwe	1982	1,3	18	13	..	..	52,1 ^l	27	18	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1,15
Swaziland	1976	..	..	..	..	..	69,0 ^l	..	..	18	16	..	..	..	..	..	..	0,25 ^r	1,07
Botswana	1981	..	..	..	..	..	85,8 ^l	..	..	16	16	..	..	..	30 ^m	24	..	..	1,06
Maurice	1983	1,2	..	..	..	..	65,6 ^{l,r}	..	..	18	15	..	..	..	27 ^l	22	..	..	1,06
Namibie	1981	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1,07
Pays à revenu intermédiaire exportateurs de pétrole																			
Nigéria	1973	2,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cameroun	1976	..	25	13	..	..	48,0 ^b	68,5	..	..	21	21	..	..	..	..	..	..	1,06
Congo, Rép. populaire du	1984	..	..	..	..	..	..	..	26	18	..	..	..	..	26 ^h	18	0,70 ^b	0,40	1,06
Gabon	1980	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1,05
Angola	1983	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	23 ^h	18	..	..	1,07
Pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure																			
Afrique du Sud	1980	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1,05
Pays de moins de 500.000 habitants																			
São Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cap-Vert	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Seychelles	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Comores	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Djibouti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Réunion	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

a. 1960-61.

b. 1976.

c. 1975.

d. 1977.

e. 1959-60.

f. 1973.

g. 1964.

h. 1961.

i. 1970.

j. Population totale (urbaine et rurale) âgée de 15 à 19 ans.

k. 1955-58.

l. 1969.

m. 1970-71.

n. 1967.

o. 1954-55.

p. 1960.

q. 1974-75. Régions rurales seulement dans le cas des polygames.

r. 1972.

s. 1965.

Notice bibliographique

Le présent rapport s'appuie sur toute une série de travaux effectués par les services de la Banque mondiale et à l'extérieur. Les documents de la Banque comprennent des analyses et des recherches économiques en cours, ainsi que des études sur les différents pays par secteur ou par projet, et plusieurs études sur les problèmes de développement en Afrique subsaharienne, notamment l'étude récente intitulée *Programme d'action concertée pour le développement stable de l'Afrique au sud du Sahara* et des études de base connexes. La série de Documents de travail réalisés en vue du *Rapport sur le développement dans le monde 1984* et le rapport lui-même ont constitué des sources importantes. Parmi les sources extérieures figurent des publications et des rapports non publiés d'autres organisations s'occupant des programmes et problèmes démographiques en Afrique subsaharienne. Les sources sont classées par ordre alphabétique, en deux catégories. Les documents de référence établis en vue du présent rapport sont disponibles sous forme de notes techniques du Département des projets de population, santé et nutrition de la Banque mondiale; la plupart d'entre eux contiennent de longues bibliographies qui ne sont pas reproduites ici. Les vues qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de la Banque mondiale ni celles des auteurs du présent rapport. La seconde catégorie comprend des documents provenant d'au-

tres sources, qui ont été utilisés pour établir le présent rapport et qui peuvent être une source d'informations supplémentaires. Le terme "reproduction" employé dans la bibliographie désigne les documents dactylographiés qui ont été polycopiés, photocopiés ou reproduits de toute autre manière. Il se peut que ces documents ne soient pas catalogués, qu'ils ne soient pas disponibles en librairie ou que leur diffusion soit restreinte.

Chapitre 1. La situation démographique

Les données sur la population et l'aperçu de la situation démographique en Afrique subsaharienne se fondent essentiellement sur le *Rapport sur le développement dans le monde 1985*; les indicateurs qu'il contient ont été établis sous la direction du Service démographique de la Division des politiques et de la recherche. Pour l'aperçu, on a aussi tiré parti des travaux sur l'Afrique d'Althea Hill. Les projections démographiques ont été préparées séparément pour ce rapport et pour le *Rapport sur le développement dans le monde 1985*. On s'est fondé, lorsqu'ils étaient disponibles, sur les rapports nationaux établis dans le cadre de l'Enquête mondiale sur la fécondité (EMS) et de l'Enquête sur la prévalence de la contraception (EPC). Les données antérieures à 1980 sont tirées de celles publiées par l'ONU (1985b).

Les données relatives à l'urbanisation sont tirées de celles publiées par l'ONU en 1980. Le compte rendu de la Deuxième Conférence africaine sur la population publié par la Commission économique pour l'Afrique (1984b) et celui de la Deuxième Conférence internationale sur la population qui s'est tenue à Mexico exposent en détail les positions de principe adoptées par les dirigeants africains à ces occasions. L'Encadré 2, relatif à l'évolution des attitudes à l'égard du planning familial au Swaziland, est établi sur la base d'études sectorielles de la Banque.

Chapitre 2. Conséquences de l'accroissement rapide de la population

Les études générales sur les conséquences, au niveau de la famille, d'une fécondité élevée comprennent une analyse détaillée des ouvrages traitant des conséquences micro-économiques et sociales réalisée par de Lancey (1983) et des rapports sur les enquêtes détaillées sur la fécondité effectuées auprès des ménages au Botswana, qui sont présentés dans le recueil de Chernichovsky, Lucas et Mueller (1985). L'analyse des conséquences d'une fécondité élevée sur la mortalité infantile et maternelle est fondée sur une étude approfondie des ouvrages publiés à ce sujet et sur une analyse des données recueillies dans le cadre de l'Enquête mondiale sur la fécondité dans certains pays africains (Maine et autres 1985). On trouvera dans Janowitz et autres une étude des liens entre la fécondité élevée et la santé maternelle, fondée sur des données cliniques. L'analyse des rapports entre la croissance démographique rapide et la production agricole est fondée en partie sur Ho (1985), ainsi que sur d'autres études établies en vue du colloque organisé conjointement par le Département des projets de population, santé et nutrition et par le Département de l'agriculture en janvier 1985 (Davis 1985). L'analyse des liens existant entre l'accroissement rapide de la population, l'utilisation des terres et la dégradation de l'environnement est fondée, dans une large mesure, sur la récente étude de la FAO (Higgins et autres 1982) sur la disponibilité des terres et les conditions climatiques et sur deux études analysant le rapport entre l'accroissement démographique et les ressources renouvelables (Barnes 1986; Allen et Barnes 1985). Les problèmes suscités par un accroissement rapide de la population active sur le plan de la création d'emplois sont étudiés de manière approfondie par Hansen (1984). L'analyse des effets produits par un accroissement démographique rapide sur les

dépenses publiques de santé et d'éducation est fondée sur les informations fournies par les services de la Banque.

L'Encadré 3, concernant la croissance démographique et la capacité de charge des terres, se fonde sur les travaux d'Higgins (1982) et de Ho (1985). L'Encadré 4, relatif à l'épargne et aux investissements exigés par l'accroissement rapide de la population, se fonde sur l'étude d'Hansen (1984).

Chapitre 3. Ralentir la croissance démographique

Les raisons de caractère général qui conduisent à agir sur la fécondité en modifiant indirectement les facteurs extérieurs qui influent sur les éléments déterminants immédiats et intermédiaires de la fécondité sont exposées en détail dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1984* et dans l'étude de Bulatao (1984). L'analyse du bien-fondé de cette approche des déterminants de la fécondité en Afrique repose sur plusieurs documents de référence préparés pour ce rapport et sur d'autres sources. Cochrane et Farid (1985) analysent les différences de fécondité en Afrique subsaharienne et les comparent à celles qui sont observées dans d'autres régions. Bongaarts, Frank et Lesthaeghe (1984) et Lesthaeghe (1984) contiennent une analyse plus détaillée des données disponibles et font une analyse des niveaux et des tendances des éléments déterminants immédiats de la fécondité. La partie du chapitre consacrée à la condition féminine et à la fécondité est fondée sur Faruqee et Gulhati (1983) et sur Boserup (1985). L'ouvrage de Page et Lesthaeghe (1981) est un document de référence majeur sur l'espacement des naissances et ses liens avec la fécondité. Les études de Frank (1983) et de Belsey (1976) contiennent de précieux renseignements sur les niveaux et les tendances de la stérilité et de l'infécondité en Afrique subsaharienne. Les rapports entre l'espacement des naissances et la mortalité infantile en Afrique et dans d'autres régions sont analysés dans Hobcraft, McDonald et Rutstein (1983, 1984) et sont examinés plus en détail, dans le contexte africain, par Maine et autres (1985). Les données sur l'incidence de l'avortement sont extrêmement rares, mais on trouve des indications de son influence sur la santé maternelle dans Janowitz et autres (1984).

L'Encadré 5, relatif aux besoins de contraception non satisfaits et au nombre d'enfants souhaités par les femmes, s'appuie sur le *Rapport sur le développement dans le monde 1984* et sur les travaux de

Lightbourne (1985). L'Encadré 6, qui a trait aux politiques et aux programmes visant à réduire la mortalité infantile, tire parti de plusieurs sources : le *Programme d'action concertée pour le développement stable de l'Afrique au sud du Sahara* (Banque mondiale 1984c), les rapports nationaux sur l'Enquête mondiale sur la fécondité, et des informations communiquées directement par le personnel des projets de la Banque. L'Encadré 7, qui a trait à la fécondité et la condition des femmes au Kenya, se fonde sur les travaux de Shepherd (non datés). L'Encadré 8, qui traite des organisations de femmes, se fonde sur les dossiers du projet Maendeleo ya Wanawake du Fonds Pathfinder, ainsi que sur les renseignements fournis par Barbara Herz. L'Encadré 9, qui traite de l'établissement d'un consensus sur le planning familial au Rwanda, s'appuie sur des études sectorielles de la Banque.

Chapitre 4. L'extension des services de planning familial

Les informations sur l'état actuel et l'évolution des politiques et des programmes en matière de population et de santé proviennent en partie des dossiers des projets et d'études sectorielles de la Banque mondiale, complétés par Nortman (1982), par des rapports fondés sur l'inventaire du FNUAP (1982-83), par Westinghouse Health Systems (Policy Position Briefs, 1985) et par l'étude récente des résultats des programmes de planning familial réalisée par Mauldin et Lapham (1985). Le document de référence établi par Ross en vue du présent rapport (1985) fait la synthèse des leçons tirées des opérations, des recherches et des projets pilotes réalisés en Afrique subsaharienne. Les études de Maguire (1984) et de Bertrand, Mangani et Mausilu (1984) contiennent des renseignements sur le rapport efficacité-coût des services de planning familial. Les informations sur le programme Maendeleo ya Wanawake sont tirées d'une évaluation financée par le Fonds Pathfinder et de dossiers du projet Maendeleo. Les autres données utilisées dans ce chapitre sont extraites de rapports annuels, de publications et de dossiers communiqués par l'USAID, l'Association internationale de planning familial, la Fédération internationale pour le planning familial, le Fonds Pathfinder, le Center for Disease Control, le Program for International Training and Health (INTRAH) de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, le Conseil de la population et d'autres organisations fournissant des services de planning familial

en Afrique subsaharienne. Les documents de référence sur la demande de services de planning familial et l'utilisation actuelle des contraceptifs comprennent, outre l'étude de Cochrane et Farid (1985), des études de Frank (1985) et d'Acsadi et Johnson-Acsadi (1985).

L'Encadré 10, qui traite de la fécondité en Afrique subsaharienne, est extrait du *Rapport sur le développement dans le monde 1984*. L'Encadré 11, sur le planning familial au Zimbabwe, est fondé sur des études sectorielles de la Banque. L'Encadré 12, qui a trait aux services communautaires de planning familial, s'appuie sur les travaux de Ross (1985) et de Bertrand, Mangani et Mausilu (1984).

Chapitre 5. Le rôle des pouvoirs publics

L'évaluation des indicateurs de la politique démographique se fonde sur les rapports de projets et les rapports sectoriels de la Banque, sur des déclarations internes de politique générale et sur les documents se rapportant au Chapitre 4. L'étude de Bulatao (1985), les dossiers des projets de la Banque mondiale et les rapports de l'USAID sur les travaux de recherche opérationnelle analysent les coûts du planning familial, les dépenses effectivement engagées et les problèmes de financement. L'étude de Herz (1984) traite de l'aide publique au développement.

L'Encadré 13, qui analyse les sources de l'aide en matière de population fournie à l'Afrique subsaharienne, est fondé sur l'étude de Herz (1984) et sur des renseignements communiqués directement par lui.

Documents de référence : Notes techniques du Département des projets de population, santé et nutrition

- Acsadi, G. et G. Johnson-Acsadi. 1985. "Demand for Children and Spacing in Sub-Saharan Africa." PHN/TN 85-6.
- Barnes, D. 1986. "Population Growth and Household Energy in Sub-Saharan Africa." PHN/TN 86-17.
- Bongaarts, J., Odile Frank et R. Lesthaeghe. 1985. "The Proximate Determinants of Fertility in Sub-Saharan Africa." PHN/TN 85-11.
- Bryan, Paula et Margot Zimmerman. 1985. "Communication Support for Population Activities in Sub-Saharan Africa." PHN/TN 85-10.
- Caldwell, J. et Pat Caldwell. 1985. "Cultural Forces

- Tending to Sustain High Fertility in Tropical Africa." PHN/TN 85-16.
- Cochrane, Susan H. 1985. "Development Consequences of Rapid Population Growth: A Review from the Perspective of Sub-Saharan Africa." PHN/TN 85-8.
- Cochrane, Susan et Samir Farid. 1985. "Fertility in Sub-Saharan Africa: Levels and Their Explanation." PHN/TN 85-13
- Frank, Odile. 1985. "Demand for Fertility Control in Sub-Saharan Africa." PHN/TN 85-20.
- Ho, Teresa J. 1985. "Population Growth and Agricultural Productivity in Sub-Saharan Africa." PHN/TN 85-19a.
- Maine, Deborah, et autres. 1985. "Effects of Fertility Change on Maternal and Child Survival: Prospects for Sub-Saharan Africa." PHN/TN 85-15.
- Robertson, Robert. 1985. "Review of Literature of Costs of Health Services in Developing Countries." PHN/TN 85-21.
- Ross, John A. 1985. "Family Planning Pilot Projects in Africa: Review and Synthesis." PHN/TN 85-7.

Références générales

- Ainsworth, Martha. 1985. *Family Planning Programs: The Clients' Perspective*. Banque mondiale, Document de travail No 676. Washington, D.C.
- Allen, Julia et D. Barnes. 1985. "The Causes of Deforestation in Developing Countries." *Annals of the Association of American Geographers*, Vol. 75, No 2.
- Banque mondiale. 1983. *The Energy Transition in Developing Countries*. Washington, D.C.
- . 1984a. "Institutional Development in Africa: A Review of World Bank Project Experience." Vols. 1 et 3. Rapport No 5085. Washington, D.C.
- . 1984b. "Tenth Annual Review of Project Performance Audit Results." Vols. 1-3. Rapport No 5248. Washington, D.C.
- . 1984c. *Programme d'action concertée pour le développement stable de l'Afrique au sud du Sahara*. Washington, D.C.
- . 1984d. *Rapport sur le développement dans le monde 1984*. New York : Oxford University Press.
- . 1985a. *Desertification in the Sahelian and Sudanian Zones of West Africa*. Washington, D.C.
- . 1985b. *Rapport sur le développement dans le monde 1985*. New York : Oxford University Press.
- Belsey, Mark A. 1976. "The Epidemiology of Infertility: A Review with Particular Reference to sub-Saharan Africa." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Vol. 54, pp. 319-41.
- Bertrand, Jane T., W. E. Bertrand et Miatudila Malonga. 1983. "The Use of Traditional and Modern Methods of Fertility Control in Kinshasa, Zaire." *Population Studies*, Vol. 37, pp. 129-36.
- Bertrand, Jane T., Mlandu Mangani et Matondo Mausilu. 1984. "The Acceptability of Household Distribution of Contraceptives in Zaire." *International Family Planning Perspectives*, Vol. 10, No 1 (mars), pp. 21-25.
- Birdsall, Nancy (ed.). 1985. *The Effects of Family Planning Programs on Fertility in the Developing World*. Banque mondiale, Document de travail No 677. Washington, D.C.
- Bongaarts, John. 1979. "The Fertility Impact of Traditional and Changing Child Spacing Practices in Tropical Africa." Center for Policy Studies, Document de travail No 42. New York : Population Council.
- Bongaarts, John, Odile Frank et Ron Lesthaeghe. 1984. "The Proximate Determinants of Fertility in Sub-Saharan Africa." *Population and Development Review*, Vol. 10, No 3 (septembre), pp. 511-37.
- Boserup, E. 1981. *Population and Technical Change*. Chicago : University of Chicago Press.
- . 1984. "Technical Change and Human Fertility in Developing Countries." In W. Schutjer et C. Shannon Stokes, eds., *Rural Development and Human Fertility*. New York : Macmillan.
- . 1985. "Economic and Demographic Interrelationships in Sub-Saharan Africa." *Population and Development Review*, Vol. 11, No 3 (septembre), pp. 383-97.
- Boulier, Bryan L. 1985. *Evaluating Unmet Need for Contraception: Estimates for Thirty-Six Developing Countries*. Banque mondiale, Document de travail No 678. Washington, D.C.
- Brown, Lester R. 1985. *State of the World 1985: A Worldwatch Institute Report on Progress Toward a Sustainable Society*. New York : Norton.
- Bulatao, Rodolfo A. 1984. *Reducing Fertility in Developing Countries: A Review of Determinants and Policy Levers*. Banque mondiale, Document de travail No 680. Washington, D.C.
- . 1985. *Expenditures on Population Programs in Developing Regions: Current Levels and Future Requirements*. Banque mondiale, Document de travail No 679. Washington, D.C.
- Bulatao, Rodolfo A. et Anne Elwan. 1985. *Fertility*

- and Mortality Transition: Patterns, Projections, and Interdependence.* Banque mondiale, Document de travail No 681. Washington, D.C.
- Bulatao, R. et autres (eds.). 1983. *Determinants of Fertility in Developing Countries.* Vols. 1 et 2. New York : Academic Press.
- Cain, Mead. 1984. *Women's Status and Fertility in Developing Countries: Son Preference and Economic Security.* Banque mondiale, Document de travail No 682. Washington, D.C.
- Caldwell, John (ed.). 1985. *Population Growth and Socioeconomic Change in West Africa.* New York et Londres : Columbia University Press.
- Caldwell, J. C. et Pat Caldwell. 1976. "Demographic and Contraceptive Innovators: A Study of Transitional African Society." *Journal of Biosocial Science*, Vol. 8, No 4 (octobre), pp. 347-66.
- Center for Population and Family Health et University College Hospital, Ibadan. 1985. "Proceedings: Conference on the Oyo State CED Project: Community-Based Delivery of Health and Family Planning Services. Ibadan, Nigéria, 14-16 janvier 1985." Reproduction.
- Centers for Disease Control. 1983. *Family Planning Methods and Practice in Africa.* Atlanta.
- Chernichovsky, Dov, R. E. B. Lucas et Eva Mueller. 1985. *The Household Economy of Rural Botswana: An African Case.* Banque mondiale, Document de travail No 715. Washington, D.C.
- Cochrane, Susan H., Joanne Leslie et D. J. O'Hara. 1982. "Parental Education and Child Health: Intracountry Evidence." *Health Policy and Education*, Vol. 2.
- Commission économique pour l'Afrique. 1984a. *Africa Population Profile/Profil de la population africaine.* Baltimore, Md.: Population Communications Service, Population Information Program, Johns Hopkins University.
- . 1984b. *Kilimanjaro Plan of Action.* Second African Population Conference, Arusha, Tanzanie, 9-13 janvier 1984. Addis Abeba.
- DaVanzo, Julie, Jean-Pierre Habicht, Kenneth Hill et Samuel Preston. 1985. *Quantitative Studies of Mortality Decline in the Developing World.* Banque mondiale, Document de travail No 683. Washington, D.C.
- Davis, Ted J. (ed.). 1985. *Proceedings of the Fifth Agriculture Sector Symposium: Population and Food.* Washington, D.C. : Banque mondiale.
- deLancey, Virginia. 1983. "Family and Household Level Consequences of Childspacing in Sub-Saharan Africa." Département des projets de population, santé, et nutrition, Banque mondiale. Reproduction.
- Dow, Thomas E. et Linda Werner. 1983. "Prospects for Fertility Decline in Kenya." *Population and Development Review*, Vol. 9, No 1 (mars), pp. 77-97.
- Dunlop, David et Dirk Prevo. 1985. "An Investigation of the Fiscal Effects of Rapid Population Growth on Human Resource Development in Selected Countries in Sub-Saharan Africa." Département des projets de population, santé, et nutrition, Banque mondiale. Reproduction.
- Ewbank, Douglas, Charles Mode et Gary Pickens. 1984. *Quantifying Fertility Forecasts for Africa.* Philadelphie : Population Studies Center, University of Pennsylvania.
- FAO. 1983. *Fuelwood Supplies in Developing Countries.* FAO Forestry Paper No. 42. Rome.
- Faruqee, Rashid et Ravi Gulhati. 1983. *Rapid Population Growth in Sub-Saharan Africa: Issues and Policies.* Banque mondiale, Document de travail No 559. Washington, D.C.
- Fédération internationale pour le planning familial. 1983. *Report on Grant Receiving Associations.* New York.
- Frank, Odile. 1983. "Infertility in Sub-Saharan Africa: Estimates and Implications." *Population and Development Review*, Vol. 9, No 1 (mars), pp. 137-44.
- FNUAP. 1982-83. *Inventory of Population Projects in Developing Countries around the World.* New York.
- . 1984. "Population Perspectives: Statements by World Leaders." Juin.
- . 1985. "Research Requirements for Integrating Population Factors into Development Planning." Réunion du Groupe d'experts sur la population et le développement. New York, 22-24 janvier 1985.
- Gendell, Murray. 1985. *Stalls in the Fertility Decline in Costa Rica, Korea, and Sri Lanka.* Banque mondiale, Document de travail No 693. Washington, D.C.
- Goliber, Thomas J. 1985. "Sub-Saharan Africa: Population Pressures on Development." *Population Bulletin*, Vol. 40, No 1 (février).
- Gomes, Melba, 1984. "Family Size and Education Attainment in Kenya." *Population and Development Review*, Vol. 10, No 4 (décembre), pp. 647-60.
- Gwatkin, Davidson. 1984. *Mortality Reduction, Fertility Decline, and Population Growth: Toward a More Relevant Assessment of Relationships*

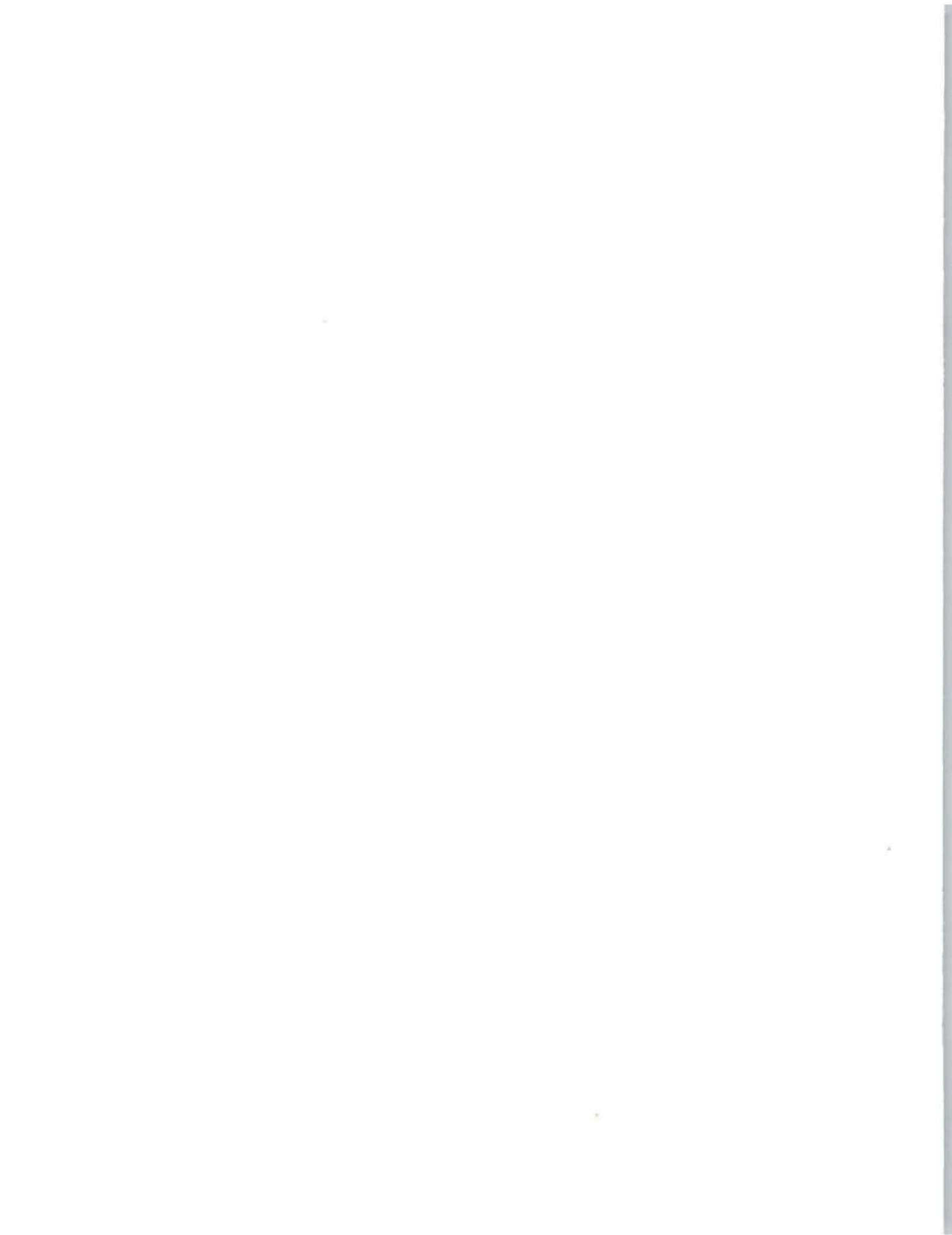
- Among Them*. Banque mondiale, Document de travail No 686. Washington, D.C.
- Hammer, Jeffrey S. 1985. *Population Growth and Savings in Developing Countries: A Survey*. Banque mondiale, Document de travail No 687. Washington, D.C.
- Hansen, Stein. 1984. "Employment Creation Potentials and Limitation in Sub-Saharan Africa." Département des projets de population, santé et nutrition. Banque mondiale. Reproduction.
- Herz, Barbara. 1984. *Official Development Assistance for Population Activities: A Review*. Banque mondiale, Document de travail No 688. Washington, D.C.
- Higgins, J. M., et autres. 1982. *Potential Population Supporting Capacities of Lands in the Developing World*. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.
- Hobcraft, John, John McDonald et Shea O. Rutstein. 1983. "Child Spacing Effects of Infant and Early Childhood Mortality." *Population Index*, Vol. 49, No 4.
- . 1984. "Demographic Determinants of Infant and Early Child Mortality: A Comparative Analysis." Enquête mondiale sur la fécondité. Note technique No 2370. Juin. Londres.
- Janowitz, Barbara, Jo Ann Lewis, Nadine Burton et Peter Lamptey. 1984. *Reproductive Health in Africa: Issues and Options*. Research Triangle Park, N.C. : Family Health International.
- Kamarck, Andrew M. 1971. *The Economics of African Development*. New York : Praeger.
- Ladipo, O. A. et autres. 1984. "Reproductive Health Attitudes and Practices—Nigeria." Pathpaper No. 11. Chestnut Hill, Mass. : Pathfinder Fund.
- Lesthaeghe, Ron. 1984. *Fertility and Its Proximate Determinants in Sub-Saharan Africa: The Record of the 1960s and 70s*." Interuniversity Programme on Demography Working Paper 1984-2. Bruxelles, Vrije Universiteit.
- Lewis, Maureen. 1985. *Pricing and Cost Recovery Experience in Family Planning Programs*. Banque mondiale, Document de travail No 684. Washington, D.C.
- Lightbourne, R. 1985. "Individual Preferences and Fertility Behavior." In John Cleland and John Hobcraft (eds.), *Reproductive Change in Developing Countries*. New York : Oxford University Press.
- Mabogunje, Akin L. et O. Arowolo. 1978. *Social Science Research on Population and Development in Africa South of the Sahara*. Appendix 7, International Review Group on Social Science Research on Population and Development, El Colegio de Mexico, Mexico.
- McCarthy, F. D. et W. M. Mwangi. 1982. *Kenyan Agriculture: Toward 2000*. Laxenburg, Autriche : Institut international d'analyse appliquée des systèmes. Mai.
- McGreevey, William Paul. 1985. *Economic Aspects of Historical Demographic Change*. Banque mondiale, Document de travail No 686. Washington, D.C.
- McNicoll, Geoffrey. 1984. *Consequences of Rapid Population Growth: An Overview*, Banque mondiale, Document de travail No 691. Washington, D.C.
- Maguire, E. S. 1984. "Family Planning Operations Research: A Decade of Experience." In *Selected Papers of the 1984 Annual Conference of the National Council of International Health. International Health and Family Planning: Controversy and Consensus*. Washington, D.C. : NCIH; Phoenix, Ariz.: Samaritan Medical Foundation.
- Mahar, Dennis (ed.). 1985. *Rapid Population Growth and Human Carrying Capacity: Two Perspectives*. Banque mondiale, Document de travail No 690. Washington, D.C.
- Mauldin, W. Parker et Robert Lapham. 1985. "Measuring Family Planning Program Effect in LDCs: 1972 and 1982." In Nancy Birdsall ed., *The Effects of Family Planning Programs on Fertility in the Developing World*. Banque mondiale. Document de travail No 677. Washington, D.C.
- Merrick, Thomas W. 1985. *Recent Fertility Declines in Brazil, Colombia, and Mexico*, Banque mondiale. Document de travail No 692. Washington, D.C.
- Nortman, Dorothy. 1982. *Population and Family Planning Programs: A Compendium of Data through 1981*. New York : Population Council.
- ONU. 1980. *Patterns of Urban and Rural Population Growth*. Population Studies No. 68. Département des affaires économiques et sociales internationales. New York.
- . 1985a. *Estimates and Projections of Urban, Rural and City Populations*. Département des affaires économiques et sociales internationales. New York.
- . 1985b. *World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1982*. Population Studies No. 86, Département des affaires économiques et sociales internationales. New York.
- Organization internationale du travail. 1985. *Report*

- of the Informal Inter-Agency Expert Group Meeting on Methodologies for Integrated Population and Development Planning. Genève.
- Page, Hilary J. et Ron Lesthaeghe (eds.) 1981. *Child-spacing in Tropical Africa: Traditions and Change*. Londres : Academic Press.
- Pingali, Prabhu et Hans P. Binswanger. 1983. "Population Density, Farming Intensity, Patterns of Labor Use and Mechanization." Research Unit, Agriculture and Rural Development Department. Banque mondiale. Septembre. Reproduction
- Repetto, Robert et Thomas Holmes. 1983. "The Role of Population in Resource Depletion in Developing Countries." *Population and Development Review*, Vol. 9, No 4 (décembre), pp. 609-32.
- Rodgers, Gerry. 1984. *Poverty and Population: Approaches and Evidence*. Genève : BIT.
- Sai, Frederick T. 1984. "The Population Factor in Africa's Development Dilemma." *Science*, Vol. 226 (4676) (16 novembre), pp. 801-05.
- Sapir, André. 1985. *Some Aspects of Population Growth, Trade, and Factor Mobility*. Banque mondiale, Document de travail No 694. Washington, D.C.
- Schutjer, W. et C. Shannon Stokes. 1984. *Rural Development and Human Fertility*. New York : Macmillan.
- Shepherd, Gill. non daté. "Responding to the Contraceptive Needs of Rural People." Rapport présenté à l'OXFAM sur le Kenya en 1984.
- Short, R. V. 1984. "Breastfeeding." *Scientific American*, Vol. 250, No 4 (avril).
- Standing, Guy. 1985. *Population Mobility and Productive Relations: Demographic Links and Policy Evolution*. Banque mondiale, Document de travail No 695. Washington, D.C.
- Stephens, Betsy. 1978. "Program Implications of Discontinuation: The Botswana Family Planning Follow-up Study." Pathpaper No. 3. Chestnut Hill, Mass.: Pathfinder Fund.
- Swamy, Gurushi. 1985. *Population and International Migration*. Banque mondiale, Document de travail No 689. Washington, D.C.
- Tan, Jee-Peng et Michael Haines. 1984. *Schooling and Demand for Children: Historical Perspectives*. Banque mondiale, Document de travail No 697. Washington, D.C.
- Tietze, Christopher. 1983. "Induced Abortion: A World Review." *A Population Council Factbook*. 5th ed. New York : Population Council.
- Trussell, James et Anne R. Pebley. 1984. *The Potential Impact of Changes in Fertility on Infant, Child, and Maternal Mortality*. Banque mondiale, Document de travail No 698. Washington, D.C.
- University of Ghana Medical School et UCLA School of Health. 1979. "The DANFA Comprehensive Rural Health and Family Planning Project, Ghana Final Report." Accra, Ghana, et Los Angeles, Californie.
- Vaughn, Patrick et Gill Walt. 1984. "Implementing Primary Health Care: Some Problems of Creating National Programs." *Tropical Doctor*, Vol. 14, pp. 108-13.
- Ware, Helen. 1976. "Motivations for the Use of Birth Control: Evidence from West Africa." *Demography*, Vol. 13, No 4 (novembre), pp. 479-93.
- . 1979. *Population and Development in Africa South of the Sahara. A Review of the Literature, 1970-78*. Appendix 7A, International Review Group on Social Science Research on Population and Development, El Colegio de Mexico, Mexico.
- Warwick, Donald P. 1982. *Bitter Pills: Population Policies and Their Implementation in Eight Developing Countries*. Londres : Cambridge University Press.
- Weiss, Eugene M. 1982. "The Calabar Rural Maternal and Child Health/Family Planning Project: The Evaluation and Research Component." International Programs, Working Paper No. 16. Mars. New York : Population Council.
- Zachariah, K. C. 1984. *The Anomaly of the Fertility Decline in India's Kerala State: A Field Investigation*. Banque mondiale, Document de travail No 700. Washington, D.C.
- . 1985a. "Fertility, School Age Population and Enrollment Ratios." Département des projets de population, santé et nutrition, Banque mondiale. Reproduction.
- . 1985b. "Long-Term Projections of Agricultural Laborforce in Sub-Saharan African Countries." Département des projets de population, santé et nutrition, Banque mondiale. Reproduction.
- Zachariah, K. C. et Sulekha Patel. 1984. *Determinants of Fertility Decline in India: An Analysis*. Banque mondiale, Document de travail No 699. Washington, D.C.

Annexe statistique

Introduction	93
Tableau 1. Indicateurs de base	95
Tableau 19. Accroissement passé et projeté de la population	96
Tableau 20. Indicateurs démographiques et indicateurs relatifs à la fécondité	97
Tableau 21. Population active	98
Tableau 22. Urbanisation	99
Tableau 23. Indicateurs relatifs à l'espérance de vie	100
Tableau 24. Indicateurs relatifs à la santé	101
Tableau 25. Education	102
Notes techniques	103
Bibliographie des sources utilisées	109

Note : Les tableaux sont numérotés de la même manière que dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1985*.



Introduction

La présente annexe statistique contient des informations sur les principales variables qui affectent le développement social et économique en Afrique subsaharienne. Dans la catégorie des pays à faible revenu, (définis comme étant ceux où le revenu par habitant était égal ou inférieur à 410 dollars en 1982), une distinction est faite entre, d'une part, les pays à faible revenu semi-arides et, d'autre part, tous les autres pays à faible revenu. Dans le cas des pays à revenu intermédiaire, (définis comme étant ceux où le revenu par habitant est supérieur à 410 dollars), une distinction est faite entre, d'une part, les pays importateurs de pétrole et, d'autre part, les pays exportateurs de pétrole (il n'existe pas de pays exportateurs de pétrole à faible revenu). Les moyennes mondiales ou les valeurs médianes concernant les pays à faible revenu, les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) sont généralement indiquées à des fins de comparaison (voir Encadré 14).

Les 48 pays d'Afrique subsaharienne figurent dans ces tableaux. Les pays sont énumérés par ordre croissant de PNB par habitant, sauf dans le cas de l'Angola, du Mozambique et de la Namibie, pays pour lesquels le PNB par habitant ne peut pas être calculé. Ces trois pays sont indiqués en italique à la fin de leur groupe. Les pays ayant moins de 500.000 habitants sont également énumérés au bas du tableau, par ordre croissant de PNB par habitant. C'est cet ordre qu'indiquent les numéros de référence.

Afrique du Sud	41	Bénin	17
<i>Angola</i>	40	Botswana	33

Burkina Faso	2	Mauritanie	28
Burundi	12	<i>Mozambique</i>	24
Cameroun	37	<i>Namibie</i>	35
Cap-Vert	43	Niger	3
Comores	45	Nigéria	36
Congo, République		Ouganda	11
populaire du	38	République	
Côte d'Ivoire	30	centrafricaine	15
Djibouti	46	Réunion	48
Ethiopie	7	Rwanda	14
Gabon	39	Sao Tomé-et-Principe	42
Gambie	5	Sénégal	25
Ghana	19	Seychelles	44
Guinée	18	Sierra Leone	21
Guinée-Bissau	9	Somalie	4
Guinée équatoriale	47	Soudan	23
Kenya	22	Swaziland	32
Lesotho	26	Tanzanie	13
Libéria	27	Tchad	6
Madagascar	20	Togo	16
Malawi	10	Zaïre	8
Mali	1	Zambie	29
Maurice	34	Zimbabwe	31

Des mesures résumées—totales, valeurs médianes ou moyennes pondérées—n'ont été calculées pour ces différents groupes de pays que si les données disponibles étaient suffisantes et si des statistiques valables pouvaient être obtenues.

Les pondérations utilisées pour calculer les valeurs globales sont décrites dans les notes techniques. Si la valeur est suivie de la lettre *w*, il s'agit d'une moyenne pondérée; si elle est suivie de la lettre *m*, il s'agit d'une

Encadré 14 : Classement mondial des pays par économie

Pays à faible revenu

Afghanistan	Ghana	Mozambique	Sierra Leone
Bangladesh	Guinée	Népal	Somalie
Bénin	Haïti	Niger	Sri Lanka
Bhoutan	Inde	Ouganda	Tanzanie
Birmanie	Kampuchea démocratique	Pakistan	Tchad
Burkina Faso	Kenya	République centrafricaine	Togo
Burundi	Madagascar	République démocratique populaire lao	Viet Nam
Chine	Malawi	Rwanda	Zaïre
Ethiopie	Mali		

Pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure)

Angola	Egypte, République arabe d'	Maroc	Sénégal
Bolivie	El Salvador	Mauritanie	Soudan
Cameroun	Equateur	Mongolie	Thaïlande
Colombie	Guatemala	Nicaragua	Tunisie
Congo, République populaire du	Honduras	Nigéria	Turquie
Corée, République démocratique de	Indonésie	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Yémen, République arabe du
Costa Rica	Jamaïque	Paraguay	Yémen, République démocratique populaire du
Côte d'Ivoire	Lesotho	Pérou	Zambie
Cuba	Liban	Philippines	Zimbabwe
	Libéria	République dominicaine	

Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)

Afrique du Sud	Grèce	Jordanie	Singapour
Algérie	Hong Kong	Malaisie	Trinité-et-Tobago
Argentine	Iran, République islamique d'	Mexique	Uruguay
Brésil	Iraq	Panama	Venezuela
Chili	Israël	Portugal	Yougoslavie
Corée, République de		République arabe syrienne	

valeur médiane; si elle est suivie de la lettre *t*, il s'agit d'un total. La valeur médiane représente le milieu d'une série de données organisées par ordre de grandeur. Comme la couverture de tous les indicateurs n'est pas la même et comme la variation par rapport aux tendances centrales peut être importante, toute comparaison des valeurs concernant des groupes de pays, des périodes ou des indicateurs différents doit être faite avec prudence. Il est convenu que le signe (..) signifie que le chiffre n'est pas connu et que le signe (.) désigne une valeur inférieure à la moitié de l'unité utilisée.

On s'est efforcé, dans toute la mesure du possible, de normaliser les concepts, les définitions, la couverture, les séries chronologiques et les autres caractéristiques des données de base pour assurer la plus grande comparabilité possible. Néanmoins, les indicateurs doivent être interprétés avec prudence. Bien que les statistiques proviennent de sources considérées comme généralement dignes de foi, nombre

d'entre elles sont sujettes à des marges d'erreurs considérables. En raison des différences qui existent dans les méthodes statistiques nationales, la plupart des données ne sont pas strictement comparables. En outre, la qualité des statistiques est moins bonne en Afrique que dans la plupart des autres régions du monde, et nombre des statistiques figurant dans la présente annexe sont extrêmement approximatives. Les données qui y figurent ne doivent être interprétées que comme indiquant des tendances générales et mettant en relief les principales différences qui existent entre les divers pays.

Les notes techniques figurant après les tableaux donnent un aperçu des concepts et des définitions utilisés ainsi que des problèmes spécifiques posés par les données. Le lecteur est invité à se référer aux notes techniques lors de la consultation des tableaux. On trouvera dans la bibliographie les sources des données utilisées, qui contiennent des définitions et des descriptions complètes des concepts employés.

Tableau 1. Indicateurs de base

Pays	Population (millions d'habitants, milieu de 1983)	Superficie (milliers de km ²)	PNB par habitant ^a		Taux annuel moyen d'inflation (%) ^a		Espérance de vie à la naissance (années), 1983
			Dollars 1983	Croissance annuelle moyenne (%), 1965-83 ^b	1965-73	1973-83 ^c	
Pays à faible revenu	247,0t	15.498t	220w	0,1w	3,7w	18,9w	49w
Pays à faible revenu semi-arides	30,4t	4.714t	170w	0,2w	4,3w	11,8w	45w
1 Mali	7,2	1.240	160	1,2	7,6	10,3	45
2 Burkina Faso	6,5	274	180	1,4	2,6	10,8	44
3 Niger	6,1	1.267	240	-1,2	4,0	11,8	45
4 Somalie	5,1	638	250	-0,8*	3,8	20,1	45
5 Gambie	0,7	11	290	1,4	3,0	10,4	36
6 Tchad	4,8	1.284	..	..	4,5	8,3*	43
Autres pays à faible revenu	216,6t	10.784t	230w	0,1w	3,8w	19,6w	49w
7 Ethiopie	40,9	1.222	120	0,5	1,8	4,4	47
8 Zaïre	29,7	2.345	170	-1,3	18,7	48,2	51
9 Guinée-Bissau	0,9	36	180	..	..	6,9	38
10 Malawi	6,6	118	210	2,2	4,5	9,8	44
11 Ouganda	13,9	236	220	-4,4*	5,6	62,7*	49
12 Burundi	4,5	28	240	2,1	2,9	12,4	47
13 Tanzanie	20,8	945	240	0,9	3,2	11,5	51
14 Rwanda	5,7	26	270	2,3	7,7	11,2	47
15 Rép. centrafricaine	2,5	623	280	0,1	3,0	14,4	48
16 Togo	2,8	57	280	1,1	3,1	8,3	49
17 Bénin	3,8	113	290	1,0	3,6	10,8	48
18 Guinée	5,8	246	300	1,1	3,0	4,0	37
19 Ghana	12,8	239	310	-2,1	8,1	51,6	59
20 Madagascar	9,5	587	310	-1,2	4,1	13,9	49
21 Sierra Leone	3,6	72	330	1,1	1,9	14,7	38
22 Kenya	18,9	583	340	2,3	2,3	10,8	57
23 Soudan	20,8	2.506	400	1,3	7,2	18,0	48
24 Mozambique	13,1	802	..	..	..	..	46
Importateurs de pétrole à revenu intermédiaire	38,8t	4.277t	610w	1,0w	3,6w	10,0w	52w
25 Sénégal	6,2	196	440	-0,5	3,0	8,9	46
26 Lesotho	1,5	30	460	6,3	4,4	11,9	53
27 Libéria	2,1	111	480	0,8	1,5	7,2	49
28 Mauritanie	1,6	1.031	480	0,3	3,9	7,8	46
29 Zambie	6,3	753	580	-1,3	5,2	10,3	51
30 Côte d'Ivoire	9,5	322	710	1,0	4,1	11,9	52
31 Zimbabwe	7,9	391	740	1,5	3,0	9,7	56
32 Swaziland	0,7	17	870	2,6	4,3	14,1	55
33 Botswana	1,0	600	920	8,5	4,4	9,8	61
34 Maurice	1,0	2	1.160	2,8	5,6	13,1	67
35 Namibie	1,0	824	..	..	..	..	61
Exportateurs de pétrole à revenu intermédiaire	113,9t	3.256t	800w	3,2w	8,3w	13,4w	49w
36 Nigéria	93,6	924	770	3,2	10,3	13,3	49
37 Cameroun	9,6	475	820	2,7	5,8	12,6	54
38 Congo, Rép. pop. du	1,8	342	1.230	3,5	4,6	12,4	63
39 Gabon	0,7	268	3.950	3,2	5,8	18,5	50
40 Angola	8,2	1.247	..	..	..	..	43
Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	31,5t	1.221t	2.490w	1,6w	5,8w	13,3w	64w
41 Afrique du Sud	31,5	1.221	2.490	1,6	5,8	13,3	64
Pays de moins de 500.000 habitants	2,2t	60t	..	0,2w	..	..	56w
42 São Tomé-et-Principe	0,1	1	310	-1,3*	..	8,8	65
43 Cap-Vert	0,3	4	320	..	..	11,9	64
44 Seychelles	0,1	(.)	2.400	3,4	..	..	70
45 Comores	0,4	2	..	-0,6*	..	..	48
46 Djibouti	0,4	22	..	-3,6*	..	..	50
47 Guinée équatoriale	0,4	28	..	..	..	..	44
48 Réunion	0,5	3	..	3,4	..	..	67
Afrique subsaharienne	433,4t	24.312t	560w	1,3w	4,8w	13,5w	50w

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.

a. Voir notes techniques.

b. Comme on ne dispose pas toujours de données pour l'ensemble de la période, les chiffres accompagnés d'un astérisque se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

c. Les chiffres accompagnés d'un astérisque se rapportent à 1973-82 et non à 1973-83.

Tableau 19. Accroissement passé et projeté de la population

Pays	Taux annuel moyen d'accroissement (%)			Population (millions d'habitants)			Population stationnaire hypothétique (millions d'habitants)	Année où, par hypothèse, le taux net de reproduction atteindra 1	Elan démographique 1985
	1965-73	1973-83	1980-2000	1983	1990 ^a	2000 ^a			
Pays à faible revenu	2,6w	2,8w	3,1w	248t	305t	411t			
Pays à faible revenu semi-arides	2,5w	2,5w	2,7w	30t	36t	48t			
1 Mali	2,6	2,5	2,5	7	9	11	37	2035	1,9
2 Burkina Faso	2,0	1,9	2,0	6	7	9	32	2040	1,8
3 Niger	2,6	3,0	3,2	6	8	11	40	2040	2,0
4 Somalie	3,5	2,8	3,0	5	6	8	31	2040	1,9
5 Gambie	3,0	3,6	2,7	1	1	1	3	..	1,9
6 Tchad	1,8	2,1	2,4	5	6	7	22	2040	1,8
Autres pays à faible revenu	2,6w	2,9w	3,1w	218t	269t	363t			
7 Ethiopie	2,6	2,7	2,6	41	48	64	181	2035	1,9
8 Zaïre	2,1	2,5	3,1	30	37	50	145	2030	1,9
9 Guinée-Bissau	1,2	4,3	2,1	1	1	1	4	..	1,8
10 Malawi	2,8	3,0	3,1	7	8	11	38	2040	2,0
11 Ouganda	3,4	2,8	3,3	14	18	25	83	2035	2,0
12 Burundi	1,4	2,2	2,9	4	5	7	24	2035	1,9
13 Tanzanie	3,1	3,3	3,4	21	27	37	125	2035	2,0
14 Rwanda	3,1	3,4	3,4	6	7	10	40	2040	2,0
15 Rép. centrafricaine	1,6	2,3	2,7	2	3	4	12	2035	1,9
16 Togo	2,8	2,6	3,2	3	4	5	16	2035	2,0
17 Bénin	2,6	2,8	3,1	4	5	6	21	2035	2,0
18 Guinée	1,8	2,0	2,1	6	7	8	25	2045	1,8
19 Ghana	2,2	3,1	3,5	13	17	23	64	2025	2,0
20 Madagascar	2,4	2,6	3,1	9	12	16	55	2035	1,9
21 Sierra Leone	1,7	2,1	2,3	4	4	5	17	2045	1,8
22 Kenya	3,7	4,0	3,9	19	25	36	120	2030	2,1
23 Soudan	2,6	3,2	2,8	21	25	33	102	2035	1,9
24 Mozambique	2,3	2,6	2,9	13	16	22	70	2035	2,0
Importateurs de pétrole à revenu intermédiaire	3,1w	3,3w	3,4w	39t	49t	67t			
25 Sénégal	2,4	2,8	2,9	6	8	10	30	2035	1,9
26 Lesotho	2,1	2,5	2,6	1	2	2	6	2030	1,8
27 Libéria	2,8	3,3	3,1	2	3	3	11	2035	1,9
28 Mauritanie	2,3	2,2	2,6	2	2	3	8	2035	1,8
29 Zambie	3,0	3,2	3,3	6	8	11	33	2030	2,0
30 Côte d'Ivoire	4,6	4,6	3,6	9	13	17	47	2030	2,0
31 Zimbabwe	3,4	3,2	3,6	8	10	14	39	2025	2,1
32 Swaziland	3,1	3,4	3,3	1	1	1	5	..	2,0
33 Botswana	3,0	4,5	3,5	1	1	2	6	..	1,9
34 Maurice	2,0	1,4	1,6	1	1	1	2	..	1,8
35 Namibie	2,5	2,8	3,3	1	1	2	6	..	1,9
Exportateurs de pétrole à revenu intermédiaire	2,5w	2,7w	3,3w	114t	144t	197t			
36 Nigéria	2,5	2,7	3,3	94	118	163	532	2035	2,0
37 Cameroun	2,4	3,1	3,2	10	12	17	52	2030	1,9
38 Congo, Rép. pop. du	2,6	3,1	3,7	2	2	3	9	2020	1,9
39 Gabon	0,2	1,4	2,6	1	1	1	3	..	1,7
40 Angola	2,2	2,6	2,8	8	10	13	44	2040	1,9
Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	2,6w	2,4w	2,7w	32t	39t	49t			
41 Afrique du Sud	2,6	2,4	2,7	32	39t	49	104	2020	1,8
Pays de moins de 500.000 habitants	2,3w	2,5w	2,7w	3t	3t	5t			
42 São Tomé-et-Principe	2,1	2,1	3,1	0,1	0,1	0,2	..	..	..
43 Cap-Vert	2,1	1,5	2,4	0,3	0,4	0,5	..	..	1,9
44 Seychelles	3,3	1,3	1,6	0,1	0,1	0,1	..	..	..
45 Comores	2,3	2,5	3,5	0,4	0,5	0,7	..	..	1,9
46 Djibouti	3,6	7,1	3,1	0,4	0,4	0,6	..	..	..
47 Guinée équatoriale	1,7	1,7	2,3	0,4	0,4	0,5	2	..	1,8
48 Réunion	2,2	1,1	1,6	0,5	0,6	0,7	1	..	1,8
Afrique subsaharienne	2,6w	2,9w	3,1w	436t	539t	729t			

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.
a. Voir dans les notes techniques les hypothèses utilisées pour ces projections.

Tableau 20. Indicateurs démographiques et indicateurs relatifs à la fécondité

Pays	Taux brut de natalité pour mille habitants		Taux brut de mortalité pour mille habitants		Variation en pourcentage		Indice synthétique de fécondité		Pourcentage de femmes mariées en âge de procréer utilisant des moyens de contraception ^a	
	1965	1983	1965	1983	du taux brut de natalité	du taux brut de mortalité	1983	2000	1970	1982
	48w	47w	22w	18w	0,3w	19,7w	6,6w	5,6w		
Pays à faible revenu	48w	47w	22w	18w	0,3w	19,7w	6,6w	5,6w		
Pays à faible revenu semi-arides	47w	48w	26w	21w	2,4w	-20,2w	6,5w	6,0w		
1 Mali	50	48	27	21	-4,6	-22,2	6,5	5,9	..	1
2 Burkina Faso	46	47	24	21	3,3	-12,5	6,5	6,0	..	1
3 Niger	48	52	25	20	7,3	-22,4	7,0	6,4	..	1
4 Somalie	50	50	28	20	-0,4	-27,0	6,8	6,2	..	1
5 Gambie	47	49	28	23	..	..	6,5	6,2	..	5
6 Tchad	40	42	26	21	5,2	-19,2	5,5	5,6	..	1
Autres pays à faible revenu	48w	47w	22w	17w	-0,3w	-19,6w	6,6w	5,5w		
7 Ethiopie	44	41	19	20	-6,9	6,8	5,5	5,1	..	2
8 Zaïre	48	46	23	16	-4,0	-32,6	6,3	5,3	..	3
9 Guinée-Bissau	46	47	30	27	..	..	6,0	6,2	..	..
10 Malawi	56	54	29	23	-3,6	-20,1	7,6	6,4	..	1
11 Ouganda	49	50	19	17	2,2	-12,4	7,0	5,8	..	1
12 Burundi	47	47	24	19	1,1	-22,6	6,5	5,9	..	1
13 Tanzanie	49	50	22	16	2,5	-27,3	7,0	5,8	..	1
14 Rwanda	52	52	17	19	0,8	11,8	8,0	6,7	..	1
15 Rép. centrafricaine	43	41	24	17	-4,7	-31,7	5,5	5,5	..	..
16 Togo	50	49	23	18	-1,2	-20,4	6,5	5,4	..	..
17 Bénin	49	49	25	18	0,4	-26,8	6,5	5,4	..	18
18 Guinée	46	47	30	27	2,2	-9,8	6,0	5,6	..	1
19 Ghana	50	49	16	10	-1,8	-35,9	7,0	4,8	..	10
20 Madagascar	44	47	21	18	6,9	-17,0	6,5	5,9	..	..
21 Sierra Leone	48	49	33	27	2,3	-19,2	6,5	6,1	..	4
22 Kenya	51	55	17	12	7,3	-29,4	8,0	5,7	6	8
23 Soudan	47	46	24	17	-2,1	-27,2	6,6	5,5	..	5
24 Mozambique	49	46	27	19	-6,1	-29,6	6,5	5,9	..	1
Importateurs de pétrole à revenu intermédiaire	48w	47w	19w	15w	-3,5w	-22,9w	6,5w	5,2w		
25 Sénégal	47	46	23	19	1,7	-19,2	6,6	5,6	..	4
26 Lesotho	42	42	18	15	(.)	-17,0	5,8	4,8	..	5
27 Libéria	46	49	22	18	6,1	-18,2	6,9	5,7	..	..
28 Mauritanie	44	43	25	19	-3,0	-26,2	6,0	5,9	..	1
29 Zambie	49	50	20	16	1,7	-21,4	6,7	5,5	..	1
30 Côte d'Ivoire	44	46	22	14	5,1	-34,9	6,6	4,9	..	3
31 Zimbabwe	55	53	14	13	-4,4	-9,3	7,0	4,8	..	22
32 Swaziland	50	51	21	14	..	..	7,0	6,5	..	..
33 Botswana	53	44	12	9	..	..	6,5	5,9	..	..
34 Maurice	37	25	8	7	..	..	2,8	2,3	..	51
35 Namibie	45	45	16	11	..	..	6,0	5,5	..	..
Exportateurs de pétrole à revenu intermédiaire	50w	49w	23w	17w	4,6w	-26,8w	6,8w	5,7w		
36 Nigéria	51	50	23	17	-3,5	-26,8	6,9	5,7	..	6
37 Cameroun	40	46	20	15	16,3	-25,0	6,5	5,6	..	11
38 Congo, Rép. pop. du	41	43	14	8	5,6	-43,9	6,0	5,5	..	..
39 Gabon	32	35	22	17	..	..	4,5	5,7	..	..
40 Angola	49	49	29	22	-1,6	-25,3	6,5	6,0	..	..
Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	40w	40w	13w	9w	(.)w	-30,8w	5,1w	3,5w		
41 Afrique du Sud	40	40	13	9	(.)	-30,8	5,1	3,5	..	..
Pays de moins de 500.000 habitants	42w	38w	18w	13w	-11,8w	-23,2w	3,5w	4,6w		
42 São Tomé-et-Principe	..	39	..	10	..	..	..	4,8	..	2
43 Cap-Vert	41	38	11	10	-7,3	-9,1	5,8	2,9	..	..
44 Seychelles	..	26	..	7	..	..	..	2,6	..	..
45 Comores	48	49	18	15	2,1	-16,7	7,0	5,8	..	3
46 Djibouti	..	49	..	18	..	..	..	6,5	..	..
47 Guinée équatoriale	40	39	30	21	-2,5	-30,0	5,0	5,7	..	..
48 Réunion	40	23	10	7	-42,5	-30,0	2,5	2,2	..	..
Afrique subsaharienne	48w	47w	22w	17w	-1,2w	-21,6w	6,5w	5,4w		

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.
a. Les chiffres comprennent les femmes dont le mari utilise des moyens de contraception. Voir la note technique.

Tableau 21. Population active

Pays	Pourcentage de la population en âge de travailler (15 à 64 ans)		Pourcentage de la population active travaillant dans :						Taux annuel moyen d'accroissement de la population active (%)		
	1965	1983	l'agriculture		l'industrie		les services		1965-73	1973-83	1980-2000
	52w	51w	84w	78w	7w	10w	9w	13w	2,2w	2,2w	2,8w
Pays à faible revenu	53w	51w	91w	82w	4w	9w	5w	9w	2,2w	2,1w	2,4w
Pays à faible revenu semi-arides											
1 Mali	53	50	93	73	4	12	3	15	2,2	2,0	2,6
2 Burkina Faso	54	52	90	82	6	13	4	5	1,6	1,5	2,1
3 Niger	51	51	94	91	1	3	5	6	2,4	3,0	3,1
4 Somalie	49	53	87	82	5	8	8	10	3,8	2,0	1,7
5 Gambie	54	55	84	70*	8	9*	8	12	1,8	3,5	1,8
6 Tchad	56	56	93	85	3	7	4	8	1,6	2,3	2,3
Autres pays à faible revenu	52w	51w	83w	77w	7w	10w	10w	13w	2,2w	2,2w	2,9w
7 Ethiopie	53	52	86	80	6	7	8	13	2,2	1,4	2,2
8 Zaïre	53	51	81	75	10	13	9	12	1,8	2,2	3,0
9 Guinée-Bissau	..	53	89	83	5	6	6	11	..	..	2,8
10 Malawi	51	49	91	86	4	5	5	9	2,4	2,8	2,8
11 Ouganda	53	50	88	83	5	6	7	11	3,0	1,7	3,4
12 Burundi	54	53	89	84	4	5	7	11	1,2	1,6	2,5
13 Tanzanie	53	50	88	83	5	6	8	11	2,5	2,5	3,1
14 Rwanda	52	51	94	91	1	2	5	7	2,7	3,0	3,2
15 Rép. centrafricaine	57	55	93	88	3	4	4	8	1,1	1,6	2,4
16 Togo	53	50	81	67	10	15	9	18	2,2	1,9	2,9
17 Bénin	53	50	52	46	10	16	38	38	2,1	2,0	2,7
18 Guinée	55	53	87	82	7	11	6	7	1,2	1,3	2,4
19 Ghana	52	49	61	53	16	20	23	27	1,6	2,0	3,8
20 Madagascar	54	50	92	87	3	4	5	9	1,9	1,7	3,0
21 Sierra Leone	54	55	75	65	14	19	11	16	0,7	1,2	1,7
22 Kenya	49	46	84	78	6	10	10	12	3,2	2,9	4,0
23 Soudan	53	52	84	78	7	10	9	12	2,5	2,5	2,9
24 Mozambique	56	52	77	66	10	18	13	16	2,2	3,0	2,9
Importateurs de pétrole à revenu intermédiaire	53w	51w	77w	69w	8w	11w	15w	20w	2,7w	2,6w	2,3w
25 Sénégal	54	53	82	77	6	10	12	13	1,7	2,2	2,6
26 Lesotho	56	54	92	60	3	15	5	25	1,7	1,9	2,5
27 Libéria	51	53	78	70	11	14	11	16	2,0	3,9	2,8
28 Mauritanie	52	53	90	69	4	8	6	23	1,9	2,4	2,0
29 Zambie	52	49	76	67	8	11	16	22	2,3	2,1	3,3
30 Côte d'Ivoire	55	53	87	79	3	4	10	17	4,2	3,8	3,3
31 Zimbabwe	51	46	67	60	12	15	21	25	2,7	1,4	4,4
32 Swaziland	53	50	86	74	5	9	9	17	2,6	2,1	3,2
33 Botswana	50	48	90	78	4	8	6	14	2,2	4,2	3,1
34 Maurice	52	62	37	29	26	24	37	47	2,8	2,3	2,2
35 Namibie	54	52	59	51	19	25	22	24	1,9	1,9	3,1
Exportateurs de pétrole à revenu intermédiaire	53w	50w	68w	57w	12w	18w	20w	26w	1,7w	1,9w	3,2w
36 Nigéria	52	50	67	54	12	19	21	27	1,8	2,0	3,3
37 Cameroun	56	51	86	83	6	7	8	10	1,9	1,8	3,2
38 Congo, Rép. pop. du	55	51	47	34	19	26	34	40	1,9	1,8	3,8
39 Gabon	62	58	83	77	8	11	9	12	0,5	-2,1	..
40 Angola	55	53	67	59	13	16	20	25	1,7	2,8	2,8
Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	54w	56w	32w	30w	30w	29w	38w	41w	2,7w	3,2w	2,9w
41 Afrique du Sud	54	56	32	30	30	29	38	41	2,7	3,2	2,9
Pays de moins de 500.000 habitants	52w	56w	62w	44w	16w	17w	23w	38w	2,2w	1,8w	2,8w
42 São Tomé-et-Principe	..	56	..	56	..	8	..	36	..	..	..
43 Cap-Vert	51	50	65	57	11	14	24	29	2,7	-1,5	3,8
44 Seychelles	53	57	..	17*	..	24*	..	59*	..	..	..
45 Comores	52	51	69	64	20	23	11	13	1,8	1,8	3,2
46 Djibouti	..	52	..	2*	..	21*	..	77*	..	..	..
47 Guinée équatoriale	56	58	82	76	7	8	11	16	1,4	2,1	1,9
48 Réunion	51	63	42	30	21	21	37	49	3,0	3,2	2,5
Afrique subsaharienne	53w	51w	75w	68w	10w	13w	15w	19w	2,1w	2,2w	2,9w

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.
a. Les chiffres accompagnés d'un astérisque se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Tableau 22. Urbanisation

Pays	Population urbaine				Pourcentage de la population urbaine vivant				Nombre de villes de plus de 500.000 habitants	
	En pourcentage de la population totale		Taux annuel moyen d'accroissement (%)		Dans la plus grande ville		Dans des villes de plus de 500.000 habitants		1960	1980
	1965	1983 ^a	1965-73	1973-83	1960	1980	1960	1980	1960	1980
Pays à faible revenu	11w	20w	6,2w	6,2w	..	39w	3w	36w	1t	13t
Pays à faible revenu semi-arides	11w	19w	6,3w	5,5w	..	33w	0w	0w	0t	0t
1 Mali	13	19	5,4	4,4	32	24	0	0	0	0
2 Burkina Faso	6	11	6,5	4,8	..	41	0	0	0	0
3 Niger	7	14	7,0	7,0	..	31	0	0	0	0
4 Somalie	20	33	6,4	5,5	..	34	0	0	0	0
5 Gambie	16	30	6,4	6,5	..	..	0	0	0	0
6 Tchad	9	20	6,9	6,6	..	39	0	0	0	0
Autres pays à faible revenu	11w	20w	6,1w	6,3w	29w	40w	4w	41w	1t	13t
7 Ethiopie	8	15	7,4	6,0	30	37	0	37	0	1
8 Zaïre	19	38	5,9	6,9	14	28	14	38	1	2
9 Guinée-Bissau	16	26	4,1	7,2	..	..	..	..	..	..
10 Malawi	5	11	8,2	7,3	..	19	0	0	0	0
11 Ouganda	6	7	8,3	0,3	38	52	0	52	0	1
12 Burundi	2	2	1,4	3,2	..	..	0	0	0	0
13 Tanzanie	6	14	8,1	8,6	34	50	0	50	0	1
14 Rwanda	3	5	6,0	6,6	..	0	0	0	0	0
15 Rép. centrafricaine	27	44	4,4	4,6	40	36	0	0	0	0
16 Togo	11	22	6,4	6,6	..	60	0	0	0	0
17 Bénin	11	16	4,5	4,7	..	63	0	63	0	1
18 Guinée	12	26	5,0	6,3	37	80	0	80	0	1
19 Ghana	26	38	4,5	5,3	25	35	0	48	0	2
20 Madagascar	12	20	5,3	5,5	44	36	0	36	0	1
21 Sierra Leone	15	23	5,0	3,3	37	47	0	0	0	0
22 Kenya	9	17	7,3	8,0	40	57	0	57	0	1
23 Soudan	13	20	6,3	5,5	30	31	0	31	0	1
24 Mozambique	5	17	8,2	10,2	75	83	0	83	0	1
Importateurs de pétrole à revenu intermédiaire	20w	36w	6,8w	6,4w	..	43w	0w	39w	0t	4t
25 Sénégal	27	34	4,3	3,8	53	65	0	65	0	1
26 Lesotho	2	13	7,8	21,4	..	..	0	0	0	0
27 Libéria	23	38	5,3	6,1	..	..	0	0	0	0
28 Mauritanie	7	25	16,0	4,6	..	39	0	0	0	0
29 Zambie	24	47	7,6	6,5	..	35	0	35	0	1
30 Côte d'Ivoire	23	44	8,2	8,5	27	34	0	34	0	1
31 Zimbabwe	14	24	6,8	6,0	40	50	0	50	0	1
32 Swaziland	7	18	5,7	12,8	..	..	..	..	..	..
33 Botswana	4	22	19,0	11,1	..	..	..	..	..	..
34 Maurice	37	55	4,6	3,4	..	..	..	..	..	..
35 Namibie	28	49	6,1	5,6	..	..	..	..	..	..
Exportateurs de pétrole à revenu intermédiaire	15w	24w	5,0w	5,6w	17w	20w	19w	51w	2t	11t
36 Nigéria	15	22	4,7	5,1	13	17	22	58	2	9
37 Cameroun	16	39	7,3	8,4	26	21	0	21	0	1
38 Congo, Rép. pop. du	35	55	4,4	5,5	77	56	0	0	0	0
39 Gabon	21	39	4,0	4,6	..	..	..	..	..	..
40 Angola	13	23	5,9	6,0	44	64	0	64	0	1
Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	47w	55w	2,6w	3,9w	16w	13w	44w	53w	4t	7t
41 Afrique du Sud	47	55	2,6	3,9	16	13	44	53	4	7
Pays de moins de 500.000 habitants	25w	46w	5,5w	3,2w	..	..	..	..	..	..
42 São Tomé-et-Principe	..	32	5,8	5,3	..	..	..	..	..	..
43 Cap-Vert	13	27	8,3	3,4	..	..	..	..	..	..
44 Seychelles	..	37*	..	6,2	..	..	..	..	..	..
45 Comores	6	21	6,7	10,1	..	..	..	..	..	..
46 Djibouti	..	67	..	6,8	..	..	..	..	..	..
47 Guinée équatoriale	32	57	5,5	4,6	..	..	..	..	..	..
48 Réunion	38	58	5,0	3,2	..	..	..	..	..	..
Afrique subsaharienne	16w	25w	6,1w	5,6w	23w	30w	17w	43w	7t	35t

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.

a. Les chiffres accompagnés d'un astérisque se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Tableau 23. Indicateurs relatifs à l'espérance de vie

Pays	Espérance de vie à la naissance (années)				Taux de mortalité infantile (enfants de moins de 1 an)		Taux de mortalité juvénile (enfants de 1 à 4 ans)	
	Hommes		Femmes		1965	1983 ^a	1965	1983
	1965	1983	1965	1983				
Pays à faible revenu	42w	46w	45w	49w	156w	120w	36w	23w
Pays à faible revenu semi-arides	38w	43w	40w	46w	182w	145w	47w	30w
1 Mali	37	43	39	47	184	148	47	31
2 Burkina Faso	40	43	42	46	193	148	52	31
3 Niger	40	43	42	47	181	139	46	28
4 Somalie	..	43	..	46	166	142	37	30
5 Gambie	36	41	37	42	119	200	54	46
6 Tchad	39	42	41	45	184	142	47	29
Autres pays à faible revenu	42w	47w	45w	50w	152w	116w	34w	22w
7 Ethiopie	43	..	47	..	166	..	37	..
8 Zaïre	43	49	46	52	142	106	30	20
9 Guinée-Bissau	34	37	36	38	197	158	53	36
10 Malawi	37	43	40	45	201	164	55	38
11 Ouganda	46	48	49	50	126	108	26	21
12 Burundi	42	45	45	48	169	123	38	25
13 Tanzanie	41	49	44	52	138	97	29	18
14 Rwanda	47	45	51	48	159	125	35	26
15 Rép. centrafricaine	40	46	41	49	184	142	47	29
16 Togo	40	47	43	50	158	112	36	17
17 Bénin	41	46	43	50	193	148	52	31
18 Guinée	34	37	36	38	197	158	53	36
19 Ghana	49	57	52	61	132	97	25	12
20 Madagascar	41	49	44	50	99	66	18	10
21 Sierra Leone	32	37	33	38	230	198	69	54
22 Kenya	48	55	51	59	124	81	25	14
23 Soudan	39	47	41	49	161	117	37	19
24 Mozambique	36	44	39	47	148	109	31	16
Importateurs de pétrole à revenu intermédiaire	45w	50w	48w	54w	141w	106w	30w	18w
25 Sénégal	40	44	42	47	172	140	42	*28
26 Lesotho	47	51	50	55	138	109	20	14
27 Libéria	41	47	43	50	149	111	32	17
28 Mauritanie	39	44	41	47	171	136	41	16
29 Zambie	42	49	46	52	137	100	29	19
30 Côte d'Ivoire	43	50	45	53	160	121	37	20
31 Zimbabwe	50	52	58	60	106	69	15	7
32 Swaziland	45	51	49	55	148	128	32	27
33 Botswana	54	62	58	66	108	74	21	13
34 Maurice	59	65	63	69	64	32	9	3
35 Namibie	49	56	51	60	146	114	31	23
Exportateurs de pétrole à revenu intermédiaire	40w	48w	43w	50w	155w	115w	34w	18w
36 Nigéria	40	47	43	50	152	113	33	17
37 Cameroun	44	52	47	55	155	116	34	19
38 Congo, Rép. pop. du	52	62	56	65	116	82	19	8
39 Gabon	42	48	44	51	147	111	32	22
40 Angola	34	42	37	44	193	148	52	31
Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	54w	62w	57w	65w	124w	91w	22w	10w
41 Afrique du Sud	54	62	57	65	124	91	22	10
Pays de moins de 500.000 habitants	39w	55w	42w	58w	102w	77w	19w	14w
42 São Tomé-et-Principe	..	61	..	65	77	62	..	..
43 Cap-Vert	52	62	56	65	110	76	21	13
44 Seychelles	..	68	..	72	59	27	..	2
45 Comores	42	52	49	56	..	148*	25	26
46 Djibouti	..	46	..	49	..	30*	..	10
47 Guinée équatoriale	33	43	36	45	178	136	41	29
48 Réunion	57	65	61	69	79	19	13	1
Afrique subsaharienne	42w	48w	46w	51w	152w	115w	34w	20w

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.
a. Les chiffres accompagnés d'un astérisque se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées.

Tableau 24. Indicateurs relatifs à la santé

Pays	Nombre d'habitants par :				Apport journalier de calories par habitant	
	Médecin		Infirmier(ère)		Total, 1982	En pourcentage des besoins, 1982
	1965 ^a	1980	1965 ^a	1980		
Pays à faible revenu	38.621w	28.803w	4.512w	3.322w	2.097w	91w
Pays à faible revenu semi-arides	61.194w	34.020w	5.761w	3.627w	1.963w	84w
1 Mali	49.010	22.130	3.200	2.380	1.731	74
2 Burkina Faso	74.110	48.510	4.170	4.950	1.879	79
3 Niger	71.440	38.790	6.210	4.650	2.456	105
4 Somalie	35.060	15.630	3.630	2.550	2.102	91
5 Gambie	27.930	12.310	1.780*	1.770	2.207	86
6 Tchad	73.040	47.640	13.620	3.860	1.620	68
Autres pays à faible revenu	35.305w	28.065w	4.181w	3.279w	2.116w	92w
7 Ethiopie	70.190	69.390	5.970	5.910	2.162	93
8 Zaïre	39.050	13.940	..	1.810	2.169	98
9 Guinée-Bissau	2.500	8.840	4.770*	980	2.241	68
10 Malawi	46.900	41.460	12.670	3.830	2.242	97
11 Ouganda	11.080	26.810	3.130	4.180	1.807	78
12 Burundi	54.930	45.020	7.310	..	2.206	95
13 Tanzanie	21.840	17.740	2.100	3.010	2.331	101
14 Rwanda	74.170	31.340	7.450	9.790	2.202	95
15 Rép. centrafricaine	44.490	26.750	3.000	1.740	2.194	97
16 Togo	24.980	18.100	4.990	1.430	2.167	94
17 Bénin	28.790	16.980	2.540	1.660	2.154	101
18 Guinée	54.610	17.110	4.750	2.570	1.987	86
19 Ghana	12.040	7.160	3.710	770	1.573	68
20 Madagascar	9.900	10.220	3.620	3.670	2.577	114
21 Sierra Leone	18.400	17.520	4.890	2.040	2.049	85
22 Kenya	12.840	7.890	1.780	550	2.056	88
23 Soudan	23.500	8.930	3.360	1.430	2.250	96
24 Mozambique	18.700	39.140	4.720	5.610	1.844	79
Importateurs de pétrole à revenu intermédiaire	16.002w	9.551w	3.050w	1.433w	2.336w	100w
25 Sénégal	21.130	13.780	2.640	1.390	2.392	101
26 Lesotho	22.930	18.640	4.700	..	2.285	100
27 Libéria	12.450	8.550	2.300	2.940	2.267	98
28 Mauritanie	36.580	14.500	..	2.100	2.228	97
29 Zambie	11.390	7.670	5.820	1.730	2.054	89
30 Côte d'Ivoire	20.690	..	1.850	..	2.652	115
31 Zimbabwe	5.190	5.900	990	940	2.119	89
32 Swaziland	7.920	7.900	7.760	1.040	2.570	96
33 Botswana	22.090	..	5.960*	..	2.445	94
34 Maurice	3.850	2.010	2.000	610	2.882	128
35 Namibie	..	..	..	..	2.075	93
Exportateurs de pétrole à revenu intermédiaire	40.376w	12.440w	5.128w	2.861w	2.389w	102w
36 Nigéria	44.990	12.550	5.780	3.010	2.443	104
37 Cameroun	29.720	13.990	1.970	1.950	2.102	91
38 Congo, Rép. pop. du	14.210	5.510	950	790	2.504	113
39 Gabon	9.510	3.030	800	..	2.859	88
40 Angola	12.000	..	3.820	..	2.041	87
Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	2.140w	..	530w	..	2.840w	116w
41 Afrique du Sud	2.140	..	530	..	2.840	116
Pays de moins de 500.000 habitants	6.971w	3.929w	1.545w	918w	2.533w	115w
42 São Tomé-et-Principe	3.750*	1.860	800*	670	2.068	88
43 Cap-Vert	8.960*	5.480	4.150*	1.200	2.801	129
44 Seychelles	3.030*	2.320	520*	250	..	..
45 Comores	18.310	9.850	2.200	2.650	2.425	111
46 Djibouti	4.440	1.900	930*	550	..	..
47 Guinée équatoriale	5.400*	..	..	..	..	..
48 Réunion	2.980	1.360	720	250	2.537	117
Afrique subsaharienne	34.396w	22.820w	4.203w	3.056w	2.247w	96w

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.

a. Les chiffres accompagnés d'un astérisque se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées. Voir les notes techniques.

Tableau 25. Education

Pays	Nombre d'inscrits à l'école primaire en pourcentage du groupe d'âge pertinent						Nombre d'inscrits à l'école secondaire en % du groupe d'âge pertinent		Nombre d'inscrits dans l'enseignement supérieur en % de la population âgée de 20 à 24 ans	
	Total		Garçons		Filles		1965	1982 ^a	1965	1982
	1965	1982 ^a	1965	1982 ^a	1965	1982 ^a	1965	1982 ^a	1965	1982
Pays à faible revenu	39w	68w	50w	39w	28w	29w	4w	13w	(.)w	1w
Pays à faible revenu semi-arides	18w	28w	22w	33w	10w	19w	2w	6w	(.)w	1w
1 Mali	24	27	32	35	16	20	4	9	(.)	(.)
2 Burkina Faso	12	28	16	28	8	16	1	3	(.)	1
3 Niger	11	23	15	29	7	17	1	5	..	(.)
4 Somalie	10	30	16	38	4	21	2	11	(.)	1
5 Gambie	21	56	29	71	12	41	6	16	..	..
6 Tchad	34	..	56	..	13	..	1	3	..	(.)
Autres pays à faible revenu	42w	73w	55w	40w	30w	29w	4w	14w	(.)w	1w
7 Ethiopie	11	46	16	60	6	33	2	12	(.)	1
8 Zaïre	70	90	95	104	45	75	5	23	(.)	1
9 Guinée-Bissau	26	88	38	119	13	57	2	15	(.)	(.)
10 Malawi	44	62	55	73	32	51	2	4	(.)	(.)
11 Ouganda	67	60	83	69	50	51	4	8	(.)	1
12 Burundi	26	33	36	41	15	25	1	3	(.)	1
13 Tanzanie	32	98	40	101	25	95	2	3	(.)	(.)
14 Rwanda	53	70	64	72	43	67	2	2	(.)	(.)
15 Rép. centrafricaine	56	70	84	92	28	50	2	14	..	1
16 Togo	55	106	78	129	32	84	5	27	(.)	2
17 Bénin	34	65	48	87	21	42	3	21	(.)	2
18 Guinée	31	33	44	44	19	22	5	16	(.)	3
19 Ghana	69	76	82	85	57	66	13	34	1	1
20 Madagascar	65	100	70	..	59	..	8	14	1	3
21 Sierra Leone	29	40	37	..	21	..	5	12	(.)	1
22 Kenya	54	104	69	114	40	94	4	20	(.)	1
23 Soudan	29	52	37	61	21	43	4	18	1	2
24 Mozambique	37	104	48	119	26	72	3	6	(.)	(.)
Importateurs de pétrole à revenu intermédiaire	67w	43	77w	47w	57w	38w	6w	19w	(.)w	2w
25 Sénégal	40	48	52	58	29	38	7	12	1	3
26 Lesotho	94	112	74	95	114	129	4	20	(.)	2
27 Libéria	41	66	59	82	23	50	5	20	1	2
28 Mauritanie	13	33	19	43	6	23	1	10	..	..
29 Zambie	53	96	59	102	46	90	7	16	..	2
30 Côte d'Ivoire	60	76	80	92	41	60	6	17	(.)	3
31 Zimbabwe	110	130	128	134	92	125	6	23	(.)	1
32 Swaziland	74	111	76	111	71	111	8	42	..	..
33 Botswana	65	102	59	94	71	110	3	23	..	..
34 Maurice	101	106	105	107	97	105	26	51	(.)	..
35 Namibie	..	..	..	..	..	..	..	..	(.)	..
Exportateurs de pétrole à revenu intermédiaire	40w	99w	49w	117w	30w	97w	5w	17w	(.)w	3w
36 Nigéria	32	98	39	..	24	..	5	16	(.)	3
37 Cameroun	94	107	114	117	75	97	5	19	(.)	2
38 Congo, Rép. pop. du	114	..	134	..	94	..	10	69	1	6
39 Gabon	134	..	146	..	122	..	11	..	..	..
40 Angola	39	..	53	..	26	..	5	..	(.)	(.)
Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)	90w	..	91w	..	88w	..	15w	..	4w	..
41 Afrique du Sud	90	..	91	..	88	..	15	..	4	..
Pays de moins de 500.000 habitants	..	73w	..	..	..	..	..	..	(.)w	..
42 São Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	(.)	..
43 Cap-Vert	..	..	..	..	..	..	..	..	(.)	..
44 Seychelles	..	95*	..	..	..	..	..	..	..	..
45 Comores	24	103*	36	120*	12	85*	..	25*	(.)	..
46 Djibouti	..	32	..	..	..	..	..	8	..	..
47 Guinée équatoriale	65	78*	79	87*	52	69*	..	11*	(.)	..
48 Réunion	148	..	148	..	148	..	32	..	(.)	..
Afrique subsaharienne	46w	71w	55w	42w	28w	31w	5w	15w	1w	2w

Note : Les notes techniques indiquent ce que recouvrent les chiffres et dans quelle mesure ils sont comparables.

a. Les chiffres accompagnés d'un astérisque se rapportent à des années autres que celles qui sont indiquées. Voir les notes techniques.

Notes techniques

La présente annexe statistique contient des indicateurs sociaux pour certaines années, présentés sous une forme permettant de comparer les pays ou groupes de pays. Un gros effort de standardisation des données a été fait; néanmoins, les méthodes statistiques, la couverture, les pratiques et les définitions varient très largement d'un pays à l'autre. En outre, les systèmes statistiques de la plupart des pays d'Afrique sont encore peu avancés, ce qui réduit le volume et la fiabilité des données. Le lecteur est invité à faire preuve de prudence et à tenir compte de ces faiblesses lorsqu'il interprétera les indicateurs, surtout lorsqu'il voudra faire des comparaisons entre différents pays.

Tous les taux de croissance sont exprimés en termes réels et, sauf indication contraire, ont été calculés par la méthode des moindres carrés. On estime le taux de croissance r en ajustant par la méthode des moindres carrés la droite déterminée par les logarithmes des valeurs prises par la variable au cours de chacune des années de la période considérée. Plus spécifiquement, l'équation de régression se présente sous la forme : $\log X_t = a + bt + e_t$, qui est l'équivalent de la transformation logarithmique de l'équation représentant le taux de croissance composé, à savoir $X_t = X_0(1 + r)^t$. Dans ces équations, X_t est la variable, t le temps et $a = \log X_0$ et $b = \log(1 + r)$ les paramètres à estimer, et e_t la composante d'erreur. Si b^* est l'estimation de b par les moindres carrés, le taux annuel moyen de croissance, r , est égal à $[\text{antilog}(b^*)] - 1$.

Tableau 1. Indicateurs de base

Les estimations de la *population* au milieu de 1983 proviennent le plus souvent de la Division de la population de l'ONU. Dans bien des cas, les données tiennent compte des résultats de recensements récents. Les réfugiés qui ne sont pas installés de façon définitive dans le pays d'asile sont généralement considérés comme faisant partie de la population de leur pays d'origine. Les données relatives aux *superficies* sont tirées de l'*Annuaire FAO de la production*, édition de 1983.

Le *produit national brut* (PNB) mesure la production intérieure et extérieure totale revendiquée par les résidents. Le PNB est égal au produit intérieur brut majoré du revenu net des facteurs en provenance de l'étranger. Ce revenu comprend les revenus des facteurs (travail, investissements et intérêts) que les résidents reçoivent de l'étranger, déduction faite des paiements du même type que l'économie nationale versent à des non-résidents. Aucune déduction pour amortissement n'a été faite.

Le *PNB par habitant* a été calculé selon la méthode nouvellement révisée suivie pour l'*Atlas de la Banque mondiale*. La Banque est consciente du fait qu'il n'est pas possible d'assurer une comparabilité parfaite, d'un pays à un autre, des estimations du PNB par habitant. Indépendamment du problème classique et tout à fait insoluble de l'indice, deux obstacles s'opposent à une comparabilité parfaite. L'un a trait aux chiffres concernant le PNB eux-mêmes. Les systèmes

de comptabilité nationale appliqués par les divers pays sont différents pour ce qui est de leur couverture et de la fiabilité des informations statistiques sous-jacentes. L'autre concerne la conversion des données relatives au PNB, exprimé en monnaies nationales différentes, en un numéraire commun, habituellement le dollar des Etats-Unis, afin de pouvoir faire une comparaison d'un pays à un autre. La procédure suivie par la Banque pour convertir le PNB en dollars des Etats-Unis est fondée, pour l'essentiel, sur le recours à une moyenne, sur trois ans, du taux de change officiel. Dans le cas de quelques pays, toutefois, le taux de change officiel en vigueur ne reflète pas pleinement le taux effectivement appliqué aux transactions effectives en devises, et une autre méthode de conversion est alors appliquée.

Comme ces lacunes affectent la comparabilité des estimations du PNB par habitant, la Banque mondiale a apporté plusieurs améliorations aux procédures d'estimation. Dans le cadre de son examen périodique des comptes nationaux des pays membres, la Banque mondiale évalue systématiquement les estimations du PNB en mettant l'accent sur la couverture et les concepts employés et, lorsqu'il y a lieu, les ajuste pour améliorer leur comparabilité. La Banque procède également à un examen systématique pour évaluer la mesure dans laquelle les taux de change peuvent être utilisés comme facteurs de conversion. Dans le cas d'un très petit nombre de pays, un autre facteur de conversion est utilisé lorsque l'on estime que le taux de change officiel s'écarte dans des proportions exceptionnelles du taux effectivement appliqué aux transactions avec l'extérieur.

Pour améliorer la comparabilité des données, l'ONU a, dans le cadre de son projet de comparaisons internationales, élaboré des mesures du PIB fondées sur les parités de pouvoir d'achat plutôt que sur les taux de change. Jusqu'à présent, ce projet ne couvre qu'un nombre limité de pays, et quelques problèmes méthodologiques inhérents au projet ne sont toujours pas réglés. Dès qu'elles seront disponibles, les données obtenues à l'issue de la quatrième phase du projet, qui porte sur une comparaison des PIB, seront publiées. Le lecteur est invité à se référer à : Irving Kravis, Alan Heston et Robert Summers, *World Product and Income: International Comparisons of Real Gross Product* (Baltimore, Maryland : Johns Hopkins University Press, 1982), ouvrage dans lequel il trouvera des informations sur la troisième phase de ce projet.

Les estimations du PNB et du PNB par habitant pour

1983 ont été calculées sur la base de la période de référence 1981-83. Selon cette méthode, on commence par calculer le facteur de conversion en prenant la moyenne arithmétique simple du taux de change effectif pour 1983 et des taux de change en prix constants pour 1981 et 1982. Pour obtenir ces derniers chiffres, le taux de change effectif pour 1981 est multiplié par le taux d'inflation relatif dans le pays et aux Etats-Unis entre 1981 et 1983; le taux de change effectif pour 1982 est multiplié par le taux d'inflation relatif dans le pays et aux Etats-Unis entre 1982 et 1983.

Cette moyenne des taux de change effectifs et en prix constants a pour but d'atténuer l'impact des fluctuations des prix et des taux de change. Ensuite, on convertit le PNB aux prix courants et en monnaies nationales de l'année 1983 en appliquant le facteur de conversion calculé comme indiqué ci-dessus. Cette valeur, représentant le PNB de 1983 en dollars des Etats-Unis, est divisée par le nombre d'habitants en milieu d'année pour obtenir le PNB par habitant de 1983 en dollars courants. Ce sont ces estimations préliminaires du PNB par habitant en 1983 qui figurent dans ce tableau.

Les formules ci-après décrivent la procédure suivie pour calculer le facteur de conversion pour l'année t :

$$(e_{t-2,t}^*) = \frac{1}{3} \left[e_{t-2} \left(\frac{P_t}{P_{t-2}} / \frac{P_t^S}{P_{t-2}^S} \right) + e_{t-1} \left(\frac{P_t}{P_{t-1}} / \frac{P_t^S}{P_{t-1}^S} \right) + e_t \right]$$

et pour calculer le PNB par habitant en dollars des Etats-Unis pour l'année t :

$$(Y_t^S) = Y_t/N_t \div e_{t-2,t}^*$$

Y_t = PNB courant (en monnaie locale) pour l'année t

P_t = déflateur du PNB pour l'année t

e_t = taux de change annuel moyen (monnaie locale/dollars des Etats-Unis) pour l'année t

N_t = nombre d'habitants en milieu d'année pour l'année t

P_t^S = déflateur du PNB des Etats-Unis pour l'année t

Le *taux annuel moyen d'inflation* est le taux de croissance, calculé par la méthode des moindres carrés, du déflateur implicite du PIB pour chacune des périodes indiquées. On obtient le déflateur du PIB en divisant, pour chaque année de la période considérée, la valeur du PIB aux prix courants du marché par la valeur du PIB en prix constants du marché, les deux

séries étant exprimées en monnaie nationale. On utilise ensuite la méthode des moindres carrés pour calculer le taux de croissance du déflateur du PIB pendant la période en question. Cette méthode de mesure de l'inflation ne va pas sans limitations. Elle est cependant parfois utilisée pour calculer l'inflation parce qu'elle repose sur le déflateur le plus complet, qui indique les mouvements annuels des prix pour tous les biens et services produits par une économie.

L'*espérance de vie à la naissance* indique le nombre d'années que vivrait un nouveau-né sujet aux risques de mortalité particuliers à une coupe instantanée de la population au moment de sa naissance. Fournies par la Division de la population de l'ONU, ces données sont complétées par les estimations de la Banque mondiale.

Les chiffres concernant le PNB par habitant et l'espérance de vie à la naissance figurant dans ce tableau sont pondérés sur la base de la population. Les chiffres récapitulatifs se rapportant aux taux d'inflation annuels moyens sont pondérés par la part que le PIB du pays considéré représente, pour l'ensemble de la période, dans le total de la catégorie à laquelle il appartient.

Tableau 19. Accroissement passé et projeté de la population

Les *taux d'accroissement de la population* sont les moyennes sur l'ensemble de la période, calculées à partir de la population des pays en milieu d'année. Les chiffres sommaires sont pondérés par la population en 1970.

Les estimations de la *population* pour le milieu de 1983 proviennent principalement de données de la Division de la population de l'ONU et des dossiers de la Banque mondiale. Dans bien des cas, ces données tiennent compte des résultats des recensements récents. Il convient de noter, ici aussi, que les réfugiés qui ne sont pas définitivement installés dans le pays d'asile sont considérés comme faisant partie de la population de leur pays d'origine.

Les *projections de la population* pour 1990, 2000 et pour l'année où elle deviendra finalement stationnaire ont été établies séparément pour chaque pays, à partir de renseignements relatifs à sa population totale par âge et par sexe ainsi qu'à ses taux de fécondité, de mortalité et de migration internationale en 1980, année de référence. Ces paramètres ont été projetés par intervalles de cinq ans et sur la base d'hypothèses identiques pour tous les pays, jusqu'au

moment où sera atteinte la population stationnaire. Les estimations pour l'année de référence proviennent d'imprimés d'ordinateurs qui ont été mis à jour, de *World Population Prospects as Assessed in 1982* des Nations Unies, des éditions les plus récentes de *UN Population and Vital Statistics Report* et de *International Migration: Levels and Trends*, de la Banque mondiale, du Conseil de la Population, du Bureau du recensement des Etats-Unis, de *Demographic Statistics* (Eurostat 1989) et de recensements nationaux.

Le *taux net de reproduction* (TNR) indique le nombre de filles qu'une fille nouveau-née mettrait au monde, au cours de sa vie, dans l'hypothèse de taux fixes de fécondité par âge et d'un ensemble fixe de taux de mortalité. Le TNR indique donc dans quelle mesure une cohorte de filles nouveau-nées se reproduira, pour un tableau donné de taux de fécondité et de mortalité. Un taux net de reproduction de 1 indique que la fécondité se trouve au niveau de remplacement, taux auquel les femmes en âge de procréer donnent naissance, en moyenne, à un nombre de filles juste suffisant pour les remplacer dans la population.

Dans une *population stationnaire*, les taux de mortalité par âge et par sexe sont restés inchangés pendant longtemps, tandis que les taux de fécondité par âge se sont maintenus aux taux de remplacement (TNR = 1). Le taux de natalité est alors constant et égal aux taux de mortalité, la structure par âge est constante et le taux d'accroissement est nul.

L'*élan démographique* est la tendance qu'a la croissance démographique à se poursuivre au-delà de la date à laquelle la fécondité a atteint le taux de remplacement, c'est-à-dire même après que le TRN a atteint le chiffre 1. L'élan démographique en l'an t est le rapport entre la population stationnaire finale et la population en l'an t , dans l'hypothèse où la fécondité resterait au niveau de remplacement à partir de l'an t . En Inde, par exemple, la population en 1985 était de 765 millions d'habitants, la population stationnaire (dans l'hypothèse où le TRN serait de 1 à partir de 1985) est de 1 349 millions d'habitants et l'élan démographique de 1,76.

Une population continue de croître après que la fécondité a atteint le taux de remplacement parce que, du fait des taux d'accroissement élevés enregistrés précédemment, la composition par âge de la population se caractérise par une proportion relativement forte de personnes en âge de procréer ou n'ayant pas encore atteint cet âge. Le taux de natalité

reste donc supérieur au taux de mortalité et le taux de croissance restera positif pendant plusieurs décennies. Selon les circonstances initiales, il faudra donc entre 50 et 75 ans pour que la composition par âge de la population coïncide exactement avec les nouveaux taux de fécondité.

Pour établir les projections, on est parti d'hypothèses sur les taux futurs de mortalité à partir de l'espérance de vie des femmes à la naissance (c'est-à-dire le nombre d'années qu'une fille nouveau-née vivrait si elle était sujette aux risques de mortalité particuliers, à une coupe instantanée de la population à l'époque de sa naissance). On a d'abord séparé les pays où le taux d'inscription des filles dans les écoles primaires était supérieur à 70% de ceux où il était inférieur à 70%. Dans chaque groupe, on a supposé une série d'augmentations annuelles de l'espérance de vie des femmes, selon l'espérance de vie des femmes en 1980-85. Pour une espérance de vie donnée à la naissance, les augmentations annuelles pendant la période de projection sont plus fortes dans les pays dont le taux d'inscription à l'école primaire est supérieur et où l'espérance de vie ne dépasse pas 62 ans et demi. Au-delà, les gains sont les mêmes.

Pour projeter les taux de fécondité, on a d'abord estimé l'année où ces taux atteindraient le niveau de remplacement. Ces estimations relèvent de la spéculation et reposent sur des renseignements relatifs à la tendance des taux bruts de natalité (définis dans la note du Tableau 20), des indices synthétiques de fécondité (également définis dans le Tableau 20), de l'espérance de vie des femmes à la naissance et des résultats des programmes de planning familial. Pour la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, on a supposé que l'indice synthétique de fécondité resterait constant pendant un certain temps et baisserait par la suite jusqu'à ce que soit atteint le niveau de remplacement; pour quelques-uns, on a supposé que cet indice augmenterait jusqu'en 1990-95 et baisserait ensuite.

Les taux des migrations internationales reposent sur les tendances passées et présentes. Les estimations des migrations nettes futures sont de nature spéculative. On a supposé que le taux net de migration serait nul en l'an 2000 pour la plupart des pays, en l'an 2025 pour quelques-uns.

Tenter d'estimer le chiffre hypothétique de la population stationnaire, ainsi que l'année où la fécondité atteindra le taux de remplacement et celle où la population deviendra stationnaire, relève de la spéculation. *Ces estimations ne doivent pas être consi-*

dérées comme des prévisions. Elles ne visent qu'à indiquer, de façon sommaire et à partir d'hypothèses très simplifiées, ce qu'impliquent à long terme les tendances de la fécondité et de la mortalité récemment observées. Les lecteurs intéressés trouveront un exposé détaillé de la méthode et des hypothèses utilisées pour ces calculs dans la publication de la Banque mondiale intitulée : *World Population Projections 1984 — Short- and Long-term Estimates by Age and Sex with Related Demographic Statistics.*

Tableau 20. Indicateurs démographiques et indicateurs relatifs à la fécondité

Les *taux bruts de natalité et de mortalité* indiquent respectivement le nombre annuel de naissances vivantes et de décès pour mille habitants. Ces taux proviennent des sources mentionnées dans les notes techniques relatives au Tableau 19. Les variations des pourcentages sont calculées à partir de chiffres non arrondis.

L'*indice synthétique de fécondité* (ISF) exprime le nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant aux taux de fécondité pour cet âge. Les taux indiqués proviennent des sources mentionnées dans les notes techniques relatives au Tableau 19.

Le *pourcentage de femmes mariées en âge de procréer utilisant des moyens de contraception* représente les femmes qui pratiquent ou dont le mari pratique n'importe quelle forme de contraception, c'est-à-dire en général la stérilisation de l'homme ou de la femme, l'utilisation du stérilet, du diaphragme, du préservatif masculin, de contraceptifs injectables, de spermicides, le recours au coït interrompu, à la continence totale ou périodique. Toutefois, les chiffres relatifs à la Bulgarie, au Danemark, à la Pologne et à la Roumanie ainsi que les chiffres de 1970 pour le Royaume-Uni ne comprennent pas la stérilisation. Les femmes en âge de procréer sont en général les femmes de 15 à 49 ans, bien que d'autres groupes d'âge soient utilisés pour certains pays.

Les chiffres proviennent essentiellement de l'Enquête mondiale sur la fécondité, de l'Enquête sur la prévalence de la contraception, de la Banque mondiale et du rapport de l'ONU intitulé : *Recent Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983.* Pour quelques pays sur lesquels on ne disposait pas de résultats d'enquêtes, on a utilisé les statistiques des

programmes de planning familial. Celles-ci sous-estiment le taux d'emploi de la contraception parce qu'elles ne tiennent pas compte de méthodes telles que le coït interrompu ou la continence périodique ou totale ni de l'emploi de contraceptifs obtenus en dehors des programmes. Les données ne portent pas toutes sur la même année, mais l'écart par rapport à l'année indiquée ne dépasse généralement pas deux ans.

Tous les chiffres récapitulatifs sont pondérés par la population.

Tableau 21. Population active

La *population en âge de travailler* représente l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans. Pour 1983 et les années précédentes, ces estimations s'appuient sur les estimations démographiques de la Banque mondiale. Les chiffres sommaires sont pondérés par la population.

Par *population active*, on désigne les personnes âgées de 10 ans ou plus ayant une activité économique, y compris les militaires et les chômeurs, mais à l'exclusion des ménagères, des étudiants et autres groupes inactifs. Les estimations de la répartition sectorielle de la population active proviennent du Bureau international du travail (BIT), *Main-d'oeuvre : Evaluations et projections 1950–2000*, et de la Banque mondiale. Les chiffres récapitulatifs sont pondérés par la population active.

Le *taux d'accroissement de la population active* a été calculé à partir des projections de population de la Banque et de données du BIT relatives aux taux d'activité par âge, provenant également de la source susmentionnée. Les chiffres sommaires pendant les périodes 1965–73 et 1973–83 sont pondérés par la population active en 1973; pour la période 1980–2000, ils sont pondérés par des estimations de cette population active en 1980.

Il n'est pas toujours possible d'appliquer les taux d'activité du BIT aux dernières projections de population de la Banque; c'est le cas pour les pays dans lesquels le niveau de chômage et de sous-emploi ou les migrations internationales et intérieures, ou les deux, ont beaucoup varié. Il convient donc de traiter avec prudence les projections de la population active pour la période 1980–2000.

Tableau 22. Urbanisation

Les chiffres de la *population urbaine en pourcentage de la population totale* proviennent de l'ONU

(*Estimates and Projections of Urban, Rural and City Populations 1950–2025: The 1982 Assessment*, 1985) et sont complétés par des données de la Banque mondiale, du *Bureau du recensement* des Etats-Unis et d'autres tirées de diverses éditions de l'*Annuaire démographique* des Nations Unies.

Le *taux d'accroissement de la population urbaine* a été calculé à partir d'estimations de la population préparées par la Banque mondiale. La répartition de la population totale vivant en milieu urbain a été estimée à partir des sources susmentionnées. Les données relatives aux agglomérations urbaines proviennent du rapport de l'ONU intitulé *Mode d'accroissement de la population urbaine et rurale*, 1981.

Dans la mesure où les estimations figurant dans ce tableau correspondent à des définitions différentes de l'adjectif "urbain" tel qu'il est utilisé dans divers pays, la prudence s'impose lorsqu'on procède à des comparaisons entre pays.

Les chiffres récapitulatifs de la population urbaine, exprimés en pourcentage de la population totale, sont pondérés par la population totale; les autres chiffres récapitulatifs présentés dans ce tableau sont pondérés par la population urbaine.

Tableau 23. Indicateurs relatifs à l'espérance de vie

L'*espérance de vie à la naissance* est définie dans la note technique se rapportant au Tableau 1.

Le *taux de mortalité infantile* exprime le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour mille naissances vivantes enregistrées au cours d'une année donnée. Ces statistiques proviennent de diverses sources, notamment de l'*Annuaire démographique* et de *Population and Vital Statistics* des Nations Unies et du *Bulletin démographique des Nations Unies* de 1983, "Mortalité infantile : estimations et projections mondiales, 1950–2025," ainsi que de la Banque mondiale.

Le *taux de mortalité juvénile* exprime le nombre de décès d'enfants âgés de 1 à 4 ans pour mille enfants du même groupe d'âge enregistré une année donnée. Il a été calculé à partir des données sur la mortalité infantile et le rapport entre mortalité infantile et mortalité juvénile implicite dans les tableaux appropriés du modèle Coale-Demeny; voir Ansley J. Coale et Paul Demeny, *Regional Model Life Tables and Stable Populations* (Princeton, N.J. : Princeton University Press, 1966).

Les chiffres récapitulatifs présentés dans ce tableau sont pondérés par la population.

Tableau 24. Indicateurs relatifs à la santé

Les estimations du *nombre d'habitants par médecin et infirmier(ère)* ont été fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS); on a révisé certaines de ces données afin de tenir compte de nouveaux renseignements ainsi que des estimations corrigées de la population. Le personnel infirmier comprend les infirmières diplômées, les aides-soignantes, les aides-infirmières et les infirmières auxiliaires. Le fait qu'il est tenu compte des infirmières auxiliaires permet de donner une estimation plus précise des soins infirmiers. Mais comme, d'une part, les définitions varient d'un pays à l'autre et que, d'autre part, les données se rapportent parfois à des années différentes de l'année indiquée, bien que l'écart ne dépasse généralement pas deux ans, les chiffres présentés pour ces deux indicateurs ne se prêtent pas vraiment à une comparaison.

On a calculé *l'apport journalier de calories par habitant* en divisant l'équivalent calorie de l'offre de denrées alimentaires disponible dans un pays par sa population totale. Cette offre comprend la production intérieure, les importations diminuées des exportations et les variations de stocks; elle ne recouvre ni l'alimentation du bétail, ni les semences utilisées dans l'agriculture, ni les pertes en cours de traitement et de distribution. Les *besoins caloriques par habitant et par jour* expriment le nombre de calories nécessaires pour maintenir une population dans un état d'activité et de santé normales, compte tenu de sa structure par âge et par sexe, du poids moyen des habitants et des températures ambiantes. Ces deux séries d'estimations proviennent de l'Organisation

des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO).

Les chiffres récapitulatifs présentés dans ce tableau sont pondérés par la population.

Tableau 25. Education

Les chiffres de ce tableau se rapportent à différentes années, ne s'écartant généralement pas de plus de deux ans de celles qui sont indiquées et ils ont été fournis en majorité par l'Unesco.

Les estimations du *nombre total de garçons et de filles inscrits à l'école primaire*, pour tous les âges, sont exprimées en pourcentage de la population totale (ou de la population féminine ou masculine) en âge de fréquenter l'école primaire, pour donner le "taux brut d'inscriptions dans le primaire". Bien que de nombreux pays considèrent que l'âge de fréquentation de l'école primaire est de 6 à 11 ans, ce n'est pas toujours le cas; ces différences concernant l'âge des élèves et la durée de la scolarité apparaissent dans les taux présentés. Pour quelques pays où l'enseignement primaire est généralisé, les taux bruts d'inscription peuvent dépasser 100 %, certains élèves n'ayant pas encore atteint ou ayant dépassé l'âge officiel de fréquentation de l'école primaire.

Le *nombre d'inscrits à l'école secondaire* est calculé de la même manière, l'âge de fréquentation étant normalement de 12 à 17 ans.

Les chiffres indiquant le *nombre d'inscrits dans l'enseignement supérieur* ont été fournis par l'Unesco.

Les chiffres récapitulatifs présentés dans ce tableau sont pondérés par la population.

Bibliographie des sources utilisées

Comptes nationaux et indicateurs économiques

Fonds monétaire international. 1974. *Projet de manuel de statistiques de finances publiques*. Washington, D.C.

———. 1983. *Government Finance Statistics Yearbook*. Vol. VII. Washington, D.C.

Sawyer, Malcolm. 1976. *La répartition des revenus dans les pays de l'OCDE*. OCDE, Etudes spéciales. Paris.

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales internationales. Editions diverses. *Annuaire statistique*. New York.

———. 1968. *Système de comptabilité nationale*. New York.

———. 1981. *Enquête sur les sources nationales de statistiques de répartition du revenu*. Etudes statistiques, Série M, No 72, 1982. New York.

Dossiers de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, du Fonds monétaire international et de l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel.

Sources nationales. Documents de la Banque mondiale sur les pays. Dossiers de la Banque mondiale.

Population active

Bureau international du travail. 1977. *Main-d'oeuvre : Evaluations et projections, 1950-2000*, deuxième édition, Genève.

Bandes du Bureau international du travail. Dossiers de la Banque mondiale.

Population

Bureau de statistique des Communautés européennes (Eurostat). 1984. *Statistiques démographiques*. Luxembourg.

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales internationales. Editions diverses. *Annuaire démographique*, New York.

———. Editions diverses. *Population and Vital Statistics Report*, New York.

———. 1980. *Modes d'accroissement de la population urbaine et rurale*. New York.

———. 1982. "Mortalité infantile : Estimations et projections mondiales, 1950-2025." *Bulletin démographique des Nations Unies*, No 14. New York.

———. Version révisée. *World Population Trends and Policies: 1983 Monitoring Report*. New York.

———. 1983. *World Population Trends and Policies: 1983 Monitoring Report*. New York.

———. 1984. *Recent Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983*. New York.

———. 1985. *Estimates and Projection of Urban, Rural and City Populations, 1950-2025; The 1982 Assessment*. New York.

Bureau du recensement des Etats-Unis. 1983. *World Population: 1983*. Washington, D.C.
Dossiers de la Banque mondiale.

Indicateurs sociaux

Organisation pour l'alimentation et l'agriculture.
Octobre 1980; octobre 1984. *Bulletin sur l'aide alimentaire*. Rome.

———. 1983. *Fertilizer Yearbook*. Rome.

———. 1983. *Annuaire FAO de la production*.
Bande "standard".

———. 1983. *Trade Yearbook*. Bande "standard".

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales internationales. Editions diverses.
Annuaire démographique, New York.

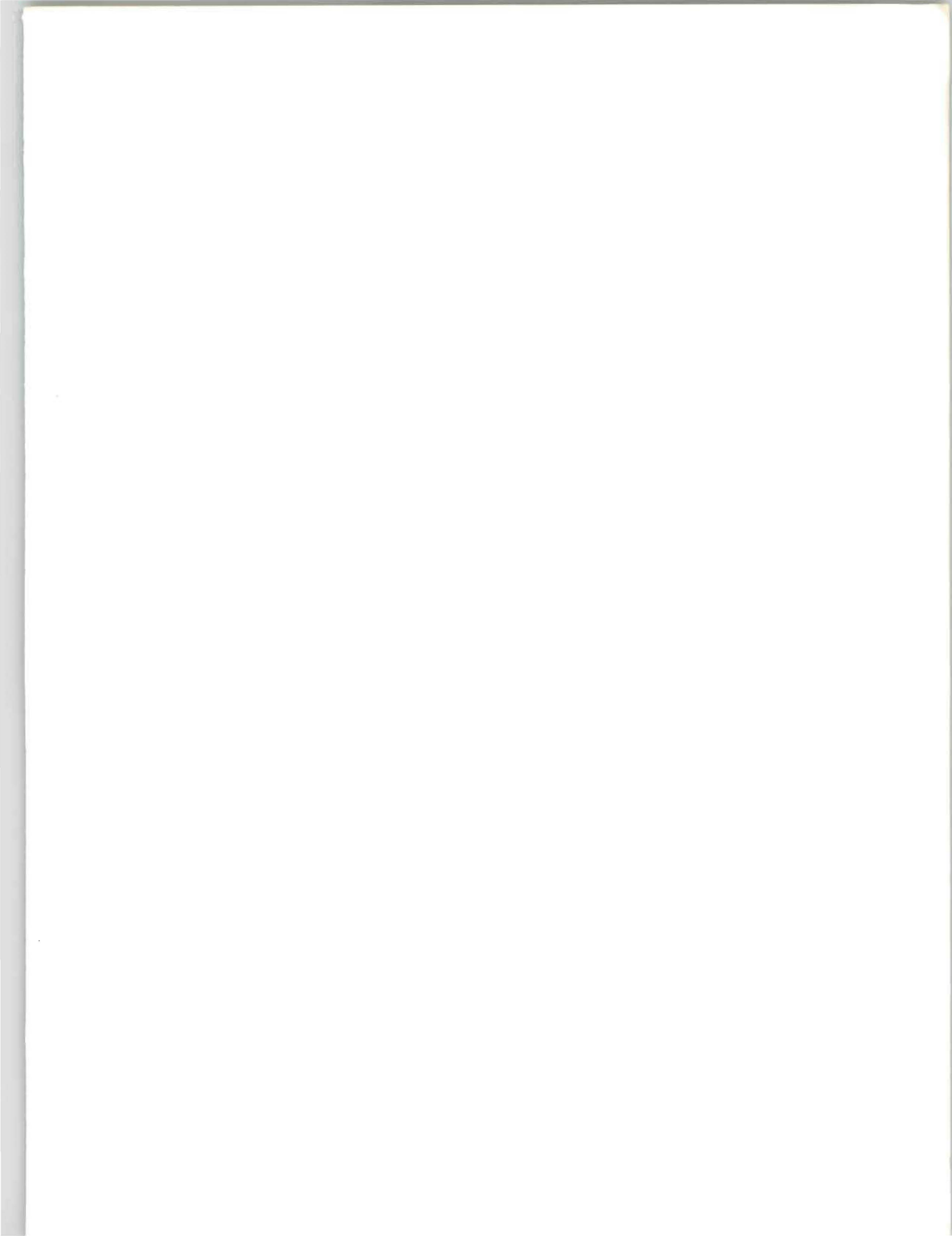
———. Editions diverses. *Annuaire statistique*. New York.

Unesco. Editions diverses. *Annuaire statistique*. Paris.

Organisation mondiale de la santé. Editions diverses.
Annuaire de statistiques sanitaires mondiales. Genève.

———. 1976. *Rapport de statistiques sanitaires mondiales*, Vol. 29, N° 10. Genève.

Dossiers de la Banque mondiale.



Banque mondiale

Siège
1818 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433, U.S.A.

Téléphone : (202) 477-1234

Télex : WUI 64145 WORLDBANK
RCA 248423 WORLDBK

Adresse télégraphique : INTBAFRAD
WASHINGTONDC

Bureau européen
66, avenue d'Iéna
75116 Paris, France

Téléphone : (1) 47.23.54.21

Télex : 842-620628

Bureau de Tokyo
Kokusai Building
1-1 Marunouchi 3-chome
Chiyoda-ku, Tokyo 100, Japon

Téléphone : (03) 214-5001

Telex : 781-26838

