

# *Questions de population au Mali*

*coordonné par*

*Véronique Hertrich et Seydou Keita*



2003

*Le Figuier*



## ***AVANT PROPOS***

Une douzaine de chercheurs spécialistes des questions de population au Mali, en Afrique et dans le monde se sont réunis en janvier 2003 pour partager leurs connaissances avec le grand public. Le séminaire a pris la forme d'une journée scientifique qui s'est tenue à trois reprises, le 6 janvier à l'Université (ENSUP-FLASH), le 7 janvier au Centre culturel français et le 9 janvier au Centre de communication de Parana, à San.

La participation d'un public nombreux et dynamique a prouvé, si besoin en était, que la soif d'informations et d'échanges sur les questions de population était importante. Nous avons eu envie d'y donner suite par un ouvrage développant et complétant les points abordés lors du séminaire.

M. Younes Zoughlami, représentant du Fond des Nations Unies pour la population (UNFPA) a, de suite, soutenu ce projet et permis, en en assurant le financement, sa finalisation et sa diffusion un an à peine après le séminaire. Nous lui témoignons toute notre reconnaissance.

Cet ouvrage est une entreprise collective. Nous remercions nos collègues et amis qui s'y sont impliqués sans ménagement ainsi que les institutions maliennes – CERPOD, DNSI, Université de Bamako (ENSUP – FLASH) – qui se sont associés au partenariat entre l'INED et le CNRST, et l'Ambassade de France au Mali qui a apporté son appui au séminaire.

Nos remerciements enfin à nos Directeurs, M. François Héran (INED) et M. Modibo Haïdara (CNRST) qui nous ont accordé leur confiance pour construire et piloter très librement ce projet.

Véronique Hertrich et Seydou Keïta



# ***SOMMAIRE***

<b>Introduction</b>	
Véronique HERTRICH et Seydou KEÏTA .....	1
<b>Chapitre 1 : Le Mali et sa population</b>	
Seydou KEÏTA et Famagan Oulé KONATE .....	11
<b>PREMIERE PARTIE</b>	
<b>Les grands défis démographiques dans le monde</b>	
<b>Chapitre 2 : La fin de la transition démographique, soulagement ou inquiétude ?</b>	
Jacques VALLIN .....	51
<b>Chapitre 3 : Grands défis en matière de survie et de développement humain au Sahel</b>	
Baba TRAORE .....	65
<b>DEUXIEME PARTIE</b>	
<b>Mortalité et santé</b>	
<b>Chapitre 4 : La transition sanitaire - Progrès et résistances en Afrique</b>	
France MESLE et Jacques VALLIN .....	83
<b>Chapitre 5 : Mortalité des enfants et enjeux sanitaires au Mali</b>	
Seydou Moussa TRAORE .....	107
<b>TROISIEME PARTIE</b>	
<b>Fécondité et changements familiaux</b>	
<b>Chapitre 6 : Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique sub-saharienne</b>	
Thérèse LOCOH .....	129

## QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

<b>Chapitre 7 : La fécondité au Mali : permanence ou changements ?</b> Ishaga COULIBALY .....	159
--	-----

### QUATRIEME PARTIE

#### Dynamiques migratoires

<b>Chapitre 8 : Les nouvelles tendances migratoires en Afrique de l'Ouest</b> Sadio TRAORE .....	179
<b>Chapitre 9 : Migrations et Pauvreté au Mali</b> Sékouba DIARRA et Pierre CISSE .....	203

### CINQUIEME PARTIE

#### Suivre les changements en milieu rural

<b>Chapitre 10 : Les observatoires de population, outils pour étudier les changements démographiques et sanitaires dans les pays du sud</b> Gilles PISON .....	229
<b>Chapitre 11 : Jeunesse et passage à l'âge adulte chez les Bwa du Mali</b> Véronique HERTRICH et Marie LESCLINGAND .....	251
<b>Orientations bibliographiques .....</b>	283
<b>Table des matières .....</b>	289

## ***INTRODUCTION***

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

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

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

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

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

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

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

## INTRODUCTION

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

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

---

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

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



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

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

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

## INTRODUCTION

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

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

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

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

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

## INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

## INTRODUCTION

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

*Véronique Hertrich et Seydou Keïta*



# **Chapitre 1**

## **LE MALI ET SA POPULATION**

*Seydou Keïta*

*Centre national de la recherche scientifique et technologique  
(CNRST, Bamako, Mali)*

*Famagan Oulé Konaté*

*Département de géographie, FLASH, Université de Bamako  
(Bamako, Mali)*

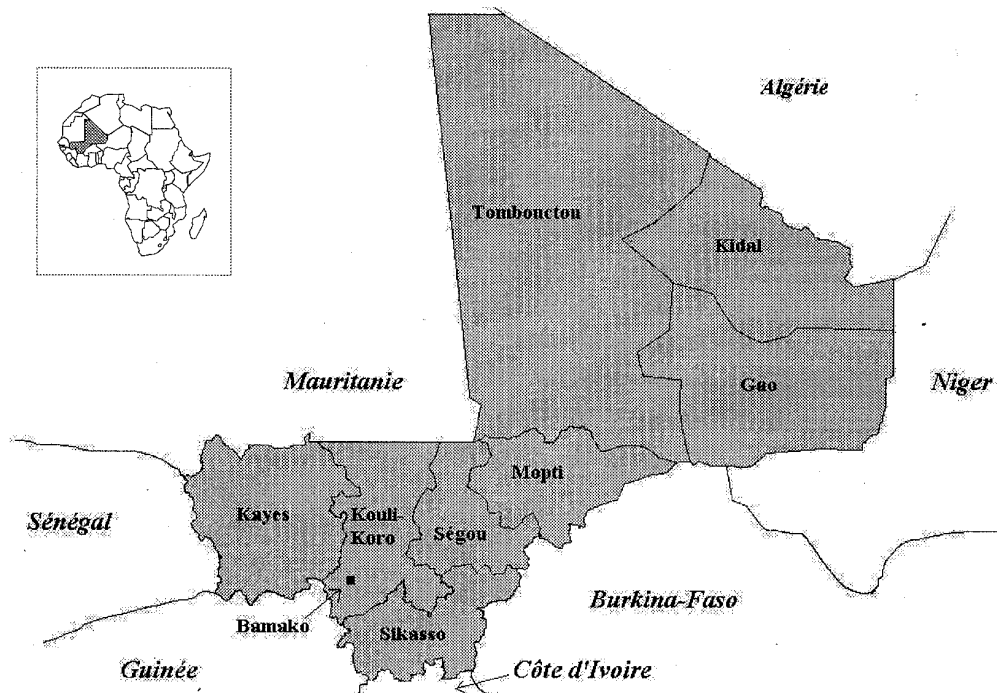


## APERÇU GEOGRAPHIQUE, HISTORIQUE ET ECONOMIQUE

### Géographie

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali constitue un trait d'union entre l'Afrique noire et l'Afrique blanche. De forme très irrégulière, il couvre une superficie de 1 246 223 km<sup>2</sup> et s'étend du nord au sud sur 1500 km et d'est en ouest sur 1800 km. Le pays a 7 200 km de frontières avec ses voisins qui sont l'Algérie au nord, le Niger à l'est, la Mauritanie et le Sénégal à l'ouest, la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso au sud (carte 1). Sa capitale, Bamako, se situe à 1280 km de Dakar, 1000 km de Conakry, 1410 km d'Abidjan et 1430 km de Niamey.

Le Mali est subdivisé en un district (Bamako) et huit régions : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal (carte 1). Les régions sont organisées en 49 cercles et en 703 communes (657 communes rurales et 66 communes urbaines).



Carte 1  
Le Mali. Localisation et division administrative (régions).

Le Mali est un pays plat, de morphologie peu diversifiée. Les plaines y dominent, les collines et plateaux couvrant moins de 10 % du territoire. L'altitude varie de 25 mètres (vallée de Kayes) à 1155 mètres (falaises de Hombori), avec une moyenne de 500 mètres.

Le climat, de type tropical, est caractérisé par l'alternance de deux saisons : une saison sèche et une saison des pluies. Les températures maximales, dépassant 42°C, sont atteintes au mois de mai tandis que les températures les plus basses (13°C à 15°C) sont enregistrées en janvier. La pluviométrie est rythmée par le Front Intertropical (FIT) ou convergence intertropicale, résultant de la rencontre de l'alizé continental (harmattan, venant du nord-est) et l'alizé maritime (mousson, venant du sud-ouest). Les hauteurs de pluies décroissent au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'équateur : 1400 mm d'eau en 90 jours en moyenne à Sikasso, contre 150 mm en 22 jours à Tessalit. Les pluies atteignent leur intensité maximale en juillet, août, septembre, trois mois qui concentrent 65 % des pluies à Sikasso, 78 % à Kayes et plus de 80 % à Gao.

Trois zones climatiques sont représentées, soit du nord au sud, le Sahara désertique, la zone sahélienne et la zone tropicale. Les arbres (principalement le karité, le baobab et le kapokier) groupés dans les savanes soudanaises du sud, deviennent rares vers le nord, isolés au milieu d'immenses étendues de graminées.

Deux grands fleuves, et leurs affluents, desservent le système hydrographique du Mali : le Sénégal au nord-ouest et le Niger au nord-est. L'un et l'autre prennent leur source en Guinée mais coulent en sens opposé. Leur régime est caractérisé par une crue saisonnière provoquée par les pluies d'hivernage.

## **Histoire**

### ***L'histoire ancienne***

Le Mali a un patrimoine historique ancien, attesté par la tradition orale, les écrits arabes et les fouilles archéologiques. Le pays a été le berceau de divers royaumes et de plusieurs grands empires, en particulier les empires du Ghana (apogée au XI<sup>e</sup> siècle), du Mali (apogée au XIV<sup>e</sup> siècle) et Songhay (apogée au XV<sup>e</sup> siècle).

La pénétration de l'islam, le développement du commerce et des centres urbains remontent à la période de ces grands empires. La plupart des souverains (ainsi Kankou Moussa en 1324 et d'Askia Mohamed en 1496) ont réalisé des pèlerinages à la Mecque et ont œuvré à la diffusion de l'islam. Tombouctou et Djenné furent de grands centres religieux, dotés d'universités islamiques. Ils furent aussi, avec Gao, d'importants centres de commerce, alimentant le commerce transsaharien entre les pays arabes et les pays soudanais.

L'animisme connut un regain de vitalité entre le XVII<sup>e</sup> siècle et le début du XVIII<sup>e</sup> avec les royaumes massassi du Kaarta (XVII<sup>e</sup> siècle) et bamanan de Ségou (XVIII<sup>e</sup> siècle). Il fut combattu par Sékou Amadou du royaume Peulh du Macina au début du XIX<sup>e</sup> siècle et par El Hadj Oumar (1797-1864) de l'empire toucouleur, qui ont inscrit l'islam au fondement de leurs actions politiques et culturelles.

Le croisement de ces différents courants de civilisations est à l'origine des différentes formations humaines représentées au Mali. On compte quatorze grands groupes ethniques : Arabe, Bambara, Bozo, Bwa, Dogon, Kassonké, Malinké, Maure, Minianka, Peul, Sénoufo, Songhay, Soninké ou Sarakholé, Touareg. Les principaux groupes linguistiques sont le bambara (50 %), le peul (11 %), le dogon (7 %) le songhay (6 %) et le soninké (6 %) (Traoré, 1999).

### ***Colonisation et Indépendance***

La pénétration française débute en 1855 et s'impose en dépit de nombreux mouvements de résistance organisés de 1891 à 1903 par Samory, Babemba Traore et les Touareg. Les Français ont imposé de nouvelles structures administratives et politiques. Ils ont aussi entrepris de grands travaux, notamment la construction du chemin de fer Dakar-Niger (1904), le barrage de Markala (1938-1947), l'hôpital du Point G (1913).

La contestation politique, menée pendant près de 70 ans, finit par favoriser l'émergence de l'État moderne actuel du Mali le 22 septembre 1960, après une tentative infructueuse d'unification avec le Sénégal au sein de la Fédération du Mali en 1959. Modibo Keita fut le premier Président du Mali indépendant. Il fut renversé par un coup d'État militaire orchestré par le Lieutenant Moussa Traore le 19 novembre 1968.

Le Comité militaire de libération nationale constitué de 14 officiers dirige alors le pays en l'absence de toutes autres formes d'expressions politiques ou de partis. Tenant lieu de Parlement, cet organe gouverne par ordonnance. Le 2 juin 1974, une nouvelle Constitution est votée n'autorisant qu'un seul parti politique dans le pays. Mais très tôt des luttes de factions amènent de graves dissensions au sein du comité militaire. Le Président Modibo Keita meurt en prison le 16 mai 1977 dans des conditions non encore élucidées. Le 28 février 1978, des officiers jugés félons (dont Tiécoro Bagayogo, Kissima Doukara et Karim Dembélé) sont arrêtés par Moussa Traoré et envoyés dans le bagne salé du désert de Taoudénit, certains y périrent, d'autres y devinrent impotents. Le régime prend de l'assurance avec la création en 1979 (27-31 mars) du parti unique constitutionnel, l'Union démocratique du peuple malien (UDPM). L'option économique adoptée à savoir une économie indépendante et planifiée ne parvient pas à créer les conditions du développement. Le 1<sup>er</sup> juin 1984, le Mali intègre l'Union monétaire ouest-africaine (UMOA) et le franc CFA remplace le franc malien.

Répression, dictature et violation des droits de l'homme se généralisent tandis que la situation économique se détériore. Faillite économique généralisée, déliquescence de l'État et corruption des classes dirigeantes, baisse inquiétante de tous les indicateurs sociaux (éducation, santé), démoralisation de l'armée, développement clandestin du mouvement démocratique d'opposition sont autant de facteurs qui contribueront au renversement du régime en place, après 23 ans de dictature.

### ***La transition démocratique***

Le 26 mars 1991, Moussa Traore est évincé du pouvoir par un soulèvement populaire sanglant qui ouvre la voie au multipartisme politique et à la démocratie. Un régime intérimaire est alors instauré, avec la création du Comité de transition pour le salut du peuple (CTSP), dirigée par le Lieutenant Colonel Amadou Toumani Touré. Des élections démocratiques sont organisées après l'adoption d'une nouvelle Constitution le 25 février 1992. Alpha Oumar Konaré, candidat de l'ADEMA (Alliance démocratique pour le Mali) remporte les élections présidentielles et prend ses fonctions le 8 juin 1992. Réélu en juin 1997, il quitte le pouvoir en juin 2002 conformément aux dispositions constitutionnelles limitant à 10 ans la durée de l'exercice présidentiel. Élu par voie démocratique, Amadou Toumani Touré (dit ATT), qui avait porté la transition démocratique dix plus tôt, lui succède pour un premier mandat de 5 ans (2002-2007).

## Économie

### *Des performances économiques faibles mais des progrès récents*

L'économie malienne a évolué d'une économie dirigiste de type socialiste (1960-1968), à une économie dite indépendante et planifiée (1978-1987), puis vers une économie libérale. Le pays est engagé depuis 1982-83 dans des programmes d'ajustements structurels (PAS) relayés dans les années quatre-vingt-dix par les facilités d'ajustements structurels renforcés (FASR). Destinés à restaurer les bases d'une croissance économique durable grâce à l'assainissement des finances publiques et le redressement de la balance des paiements, ces programmes d'ajustement structurel ont cependant imposé des coupes drastiques dans le budget de l'État et ont conduit à la privatisation ou à la liquidation de la plupart des sociétés et entreprises publiques (Congo et Schmidt, 1995).

Le Mali se situe parmi les pays les plus pauvres du monde<sup>1</sup>. Le produit national brut par habitant, de l'ordre de 810 \$US (en parité de pouvoir d'achat) en 2001, y est 2,3 fois plus faible que la moyenne sub-saharienne et 9 fois plus faible que la moyenne mondiale (PNUD, 2003). Près des trois quarts de la population malienne vivent avec moins d'un dollar US par jour (PNUD, 2003) et près des deux tiers se situent en deçà du seuil de pauvreté (PNUD-Mali, 2002a). L'alimentation absorbe près de 60 % du budget des ménages (DNSI, 1993).

Cependant la reprise économique a commencé il y a une dizaine d'années et des progrès notables sont enregistrés depuis, résultant probablement tout à la fois du contrôle des dépenses publiques, d'une bonne gestion de la dévaluation du franc CFA (1994), et de la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de développement économique et social<sup>2</sup>, relayé par un processus de décentralisation (encadré 1). Le PNB par habitant a connu un accroissement annuel moyen de +1,6 % sur la période 1990-2001, contre -0,1 % en moyenne en Afrique sub-saharienne, un résultat qui contraste avec la décennie précédente marquée par une évolution négative de l'indicateur malien bien plus défavorable que la moyenne sub-saharienne (PNUD, 2003). La croissance économique moyenne est nettement supérieure à celle de la population (4,8 % contre 2,2 % en moyenne annuelle sur la période 1994-2000) d'où une progression annuelle moyenne du PIB par habitant de l'ordre de 2,6 % entre 1994 et 2000 (PNUD-Mali, 2002a, 2002c). La pauvreté, en augmentation constante jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, commence à régresser<sup>3</sup>. Les investissements étrangers augmentent (3,9 % du PNB en 2001 contre 0,2 % en 1990, en valeur nette) ; le déficit commercial diminue (11 % du PNB en 2001 contre 17 % en 1990), le volume des exportations ayant augmenté plus fortement que celui des importations. La dette extérieure publique est considérable (2,8 milliards de dollars US en 2002, soit 88 % du PNB) mais

<sup>1</sup> Il se situe au quatrième rang (après le Niger, le Burkina Faso et l'Éthiopie) dans le classement par niveau de pauvreté réalisé par le PNUD pour 94 pays en développement (PNUD, 2003).

<sup>2</sup> Parmi les grands programmes en cours, mentionnons en matière de santé, le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS, 1998-2002), en matière d'éducation, le Programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC, 1998-2007), en matière de développement rural, le Programme national d'infrastructure rurale (PNIR), le Programme d'appui aux services agricoles et aux organisations paysannes (PASAOP)... L'articulation entre ces programmes sectoriels est traitée par le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) adopté en 2002.

<sup>3</sup> La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 41 % en 1989 à un niveau maximum de 72 % en 1996 pour retomber à 64 % en 1999 (PNUD-Mali, 2002a).

depuis la fin des années quatre-vingt-dix, elle cesse d'augmenter et connaît même un début de baisse ces toutes dernières années<sup>4</sup> (World Bank, 2003). Au crédit des progrès accomplis dans la mise en œuvre des politiques macroéconomique et structurelle, le Mali a bénéficié en 2003 d'un allègement de sa dette de 675 millions de dollars au titre de l'initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE).

### **Encadré 1. La politique de décentralisation**

La politique de décentralisation a été engagée en 1993 dans le cadre du processus démocratique. Elle s'est traduite par la création de 703 communes et la réalisation d'élections municipales en 1999.

#### *Objectifs*

La décentralisation répond à un double objectif :

1. politique : adaptation du cadre institutionnel aux exigences du pluralisme politique ; refondation de l'État, recentré sur ses missions traditionnelles de souveraineté, en procédant au transfert de certaines compétences aux collectivités territoriales ;
1. de promotion du développement local par la responsabilisation des populations et leur participation à la gestion des affaires locales.

#### *Pouvoirs délégués aux collectivités locales*

Les collectivités locales s'auto-administrent mais sous la tutelle de l'État central qui leur transfère des compétences dans certains domaines comme l'économie, l'éducation, la santé, la protection de l'environnement, la gestion domaniale et foncière. Elles élaborent et mettent librement en œuvre leur plan de développement local sur la base des besoins des communautés. Les projets de santé, d'école, de création d'emploi, d'aménagement doivent cependant porter la caution des instances élues des collectivités. Les collectivités administrent par l'intermédiaire des élus qui siègent au sein d'un Conseil. Le financement des collectivités décentralisées est assuré par le reversement d'une partie des taxes perçues et certaines taxes spécifiques.

#### *Contraintes*

La mise en œuvre de la politique de décentralisation est globalement considérée comme un succès ; elle se heurte cependant à différentes difficultés :

1. déficit de compétences : très peu d'élus sont préparés à l'administration et à la gestion municipales. Nombre d'entre eux sont analphabètes et auraient besoin d'être formés à leur tâches en vue de l'exécution correcte de leurs nouvelles responsabilités ;
1. déficit de moyens : les collectivités locales se heurtent à d'énormes difficultés à recouvrer les taxes. Le transfert des ressources de la part de l'État, prévu par les lois sur la décentralisation, est par ailleurs incomplètement réalisé. Les collectivités ont ainsi à faire face à des dépenses de fonctionnement, d'équipement et d'investissement qu'elles ne sont pas toujours à même d'assumer ;
1. déficit d'encadrement et de coordination : les services déconcentrés de l'État, sous-équipés, ne sont pas à même d'assurer un appui satisfaisant aux instances locales ; l'intégration des programmes sectoriels nationaux dans le processus de décentralisation et la coordination des actions entre les différents niveaux de compétence s'avèrent encore très insuffisantes.

Sources : Kassibo, 1997 ; MATCL, 2001 ; PNUD Mali, 2002b.

<sup>4</sup> La dette extérieure était de 0,9 milliard de dollars US en 1982, 2,9 milliards en 1992 et 3,2 milliards en 1999.

### ***Une économie dominée par l'agriculture pluviale***

L'économie malienne est largement dominée par le secteur primaire dont vit environ 80 % de la population et qui assure 75 % des recettes d'exportation mais qui ne représente cependant que 45 % du PIB.

L'*agriculture*, qui relève largement d'un mode de production domestique, est principalement orientée vers les cultures céréalières (riz, mil, sorgho, maïs). La production céréalière était estimée à 2,2 millions de tonnes en 1996 (MDRE-CPS, 1997). L'agriculture de rente est dominée par le coton-graine dont la production, près de 520 000 tonnes en 1998/1999, (CMDT, 1999) place le Mali au premier rang de producteurs d'Afrique subsaharienne et au second rang en Afrique, après l'Égypte. Les potentialités agricoles restent importantes, en particulier dans le delta central du Niger : l'Office du Niger dispose de près d'un million d'hectares de terres agricoles aménageables, dont à peine 50 000 sont mises en valeur. L'économie rurale est donc prometteuse mais sous-exploitée. La production de fruits et légumes est assez ancienne mais limitée ; 15 000 hectares environ y sont consacrés. La production de mangues est de l'ordre de 300 000 tonnes par an dont seule une infime partie est exportée. Le karité, principal produit de la cueillette, pourrait également contribuer plus largement aux recettes d'exportation. Cette économie agricole, où les cultures vivrières occupent une large place, permet en temps normal d'assurer l'autosuffisance alimentaire mais est aussi un facteur de fragilité face aux aléas climatiques et aux fluctuations du prix des produits d'exportation, en particulier le coton, sur les marchés internationaux. De graves sécheresses (années 1973-74, 1984, 2002) mettent périodiquement à mal l'équilibre alimentaire, nécessitant le recours à l'aide internationale et à l'importation pour satisfaire, à minima, les besoins de base des populations.

L'*élevage* constitue la deuxième richesse du pays après l'agriculture, avec près de 6 millions de têtes de bovins et de 14 millions de têtes d'ovins en 1996 (MDRE-CPS, 1997). L'élevage est de type extensif et se caractérise par une faible productivité et une contribution à l'exportation bien inférieure aux potentialités. La mauvaise organisation des acteurs de la filière, le manque de ressources financières, l'inadaptation des moyens de transport et l'insuffisance sinon l'absence de la chaîne de froid, sont les principaux freins à la promotion de l'exportation de la viande bovine.

La *pêche* est largement pratiquée autour du Niger et du Sénégal et de leurs affluents. L'activité est surtout artisanale, orientée vers le marché intérieur. En 1996, la production de poisson frais se chiffrait à plus de 31 000 tonnes et celle de poisson fumé/séché à près de 12 000 tonnes. La moyenne annuelle est estimée à 100 000 tonnes de poisson en période hydrologique normale (MDRE-CPS, 1997).

Le Mali dispose par ailleurs d'importantes *richesses minières et énergétiques*. Le pays se classe au troisième rang des producteurs africains d'or après le Ghana et l'Afrique du Sud (plus de 21 tonnes d'or en 1998). Le potentiel hydroélectrique est élevé, et principalement exploité par les aménagements des zones du Félou et Manantali (région de Kayes), de Markala (région de Ségou), de Sélingué (région de Sikasso) et de Sotuba (District de Bamako) (MEPI-PNUD-Banque Mondiale, 1998).

Le *secteur industriel* est peu développé. Le pays compte quelques 200 unités industrielles, principalement localisées à Bamako, qui emploient environ 12 000 personnes. Essentiellement basées sur la substitution, l'exploitation ou la transformation des matières

premières, elles fournissent le marché national en diverses denrées de consommation. Les entreprises maliennes sont quasi-absentes des marchés extérieurs, y compris le marché de l'Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA) (MEPI-PNUD-Banque Mondiale, 1998). La part des produits manufacturés est estimée à 1 % des exportations. Le secteur secondaire dans son ensemble (artisanat et industrie) représente 7 % des emplois et le secteur tertiaire (commerce, services, administration) 12 % (PNUD-Mali, 2002a).

Le marché du travail est exsangue. Le pays connaît une *crise de l'emploi* dont le chômage, le sous-emploi, l'expansion du marché du travail informel et l'insuffisante productivité du travail constituent les principaux symptômes. Près de 100 000 jeunes, dont 3000 diplômés arrivent chaque année sur le marché de l'emploi. Mais les recrutements au sein de la fonction publique, autrefois principale pourvoyeuse d'emplois pour les diplômés, ont fondu : en 2002, on comptait 17 candidats pour un poste mis au concours de la fonction publique (16 408 postulants pour 960 recrutements) (MTFP-MDCEFP, 2003). On estime qu'un diplômé met environ 7 ans pour trouver un emploi (PNUD-Mali, 2002a). Le secteur privé, peu développé, offre peu d'alternative dans l'emploi formel. Le marché informel du travail joue un rôle primordial, il représente plus de 94 % des emplois non agricoles (soit environ un tiers de l'ensemble des actifs occupés en 1996). On estime à 13 % le taux de chômage en milieu urbain, et à 54 % le taux de sous-emploi en milieu rural. Les femmes occupent une place importante sur le marché du travail, elles représentent 60 % de la population active, dans le secteur formel comme dans le secteur informel (MEFPT, 2001). Le traitement de la crise de l'emploi a été affiché comme une priorité par le Président actuel, Amadou Toumani Touré. Parmi les premières mesures adoptées, mentionnons la création d'un Ministère délégué chargé de l'emploi et de la formation professionnelle, la refondation de l'Agence nationale pour l'emploi (par changement de statut de l'office national de la main d'œuvre et de l'emploi), et la constitution d'un Fonds national pour l'emploi, destiné à la promotion des stages en entreprise et à l'installation des jeunes à leur propre compte.

Le pays souffre d'un *enclavement intérieur et extérieur* qui freine l'essor économique. Des efforts notables ont été réalisés pour favoriser la circulation intérieure. Le réseau de routes bitumées et en terre a enregistré une croissance moyenne de 5 % par an de 1960 à 1996 mais l'écart reste considérable entre les réalisations et les besoins en infrastructures de transport. La densité du réseau de transport est de l'ordre de 1,1 km pour 100 km<sup>2</sup> (0,9 pour les routes), soit une densité près de 5 fois plus faible que la moyenne africaine (5 km pour 100 km<sup>2</sup>) et qui ne représente qu'un quart de la densité potentielle, estimée à 4,3 km pour 100 km<sup>2</sup>. Le réseau d'infrastructures de transports compte environ 50 000 km de routes et de pistes, 730 km de voies ferrées, 2 300 km de voies fluviales, 35 aérodromes et 5 entrepôts maritimes. Le réseau routier est principalement (92 %) constitué de pistes : 6 700 km (13 %) de pistes améliorées et 39 000 km (78 %) de pistes saisonnières généralement en mauvais état. Les routes bitumées ne représentent que 5 % du réseau routier (2 700 km dont 67 % en bon état), et les routes en terre moderne 3 % (1 600 km dont 50 % en bon état). Le réseau ferroviaire, raccordé à celui du Sénégal, était exploité conjointement par les Régies des chemins de fer du Mali (RCFM) et du Sénégal (SNCS) et comprend une douzaine de gares au Mali. Il a été privatisé en 2003 et racheté par le groupement franco-canadien CANAC-GETMA sous le nom de « Transrail investissements ». Les voies fluviales sont exploitées par la COMANAV (Compagnie malienne de navigation) et, sous forme artisanale, par les pinassiers. Il s'agit principalement de la liaison Koulikoro-Gao et de la liaison internationale

Mali - Sénégal, auxquelles s'ajoutent les liaisons locales (un tiers du réseau fluvial). Ces voies sont généralement en mauvais état à cause de leur vétusté, l'insuffisance d'entretien et l'ensablement. Elles ne sont navigables par la COMANAV que 5 à 6 mois de l'année.

## **UNE POPULATION EN CROISSANCE RAPIDE**

### **Sources de données démographiques<sup>5</sup>**

Comme celle de la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, la connaissance démographique sur le Mali est récente, remontant à une quarantaine d'années. L'enquête démographique de 1960-61 fut la première opération nationale à fournir des données statistiques sur la situation démographique du pays. Mais ce n'est que quinze ans plus tard, en 1976, que fut réalisé le premier recensement général de la population et de l'habitat, inaugurant la mise en place à périodicité régulière d'opérations censitaires. Le deuxième recensement a été réalisé en 1987, le troisième en 1998. Depuis le milieu des années quatre-vingt, le Mali dispose en outre de plusieurs enquêtes démographiques nationales : l'enquête nationale de 1985 et les enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1987, 1995-96 et 2001, la prochaine étant prévue pour 2006. Une enquête spécifique sur les migrations et l'urbanisation (EMMU) a été réalisée en 1992-93. À la marge de la démographie, il existe en outre différentes enquêtes nationales orientées sur les questions économiques telles que les enquêtes régulières sur l'emploi, les enquêtes sur la pauvreté de 1993 et de 2001.

Grâce aux recensements, réalisés exhaustivement sur l'ensemble du pays, on dispose de données satisfaisantes sur l'effectif, la structure et les caractéristiques socio-économiques de la population à l'échelle nationale, mais aussi régionale et locale. En revanche, l'enregistrement des naissances et des décès par l'état civil est encore faible, seule une partie des événements étant déclarée. Principale source de données pour mesurer les tendances démographiques dans les pays où il fonctionne, l'état civil est d'un apport marginal à la connaissance démographique au Mali. Tout au plus peut-on, moyennant différentes méthodes de redressement, en tirer des indicateurs pour la capitale, où la couverture est plus complète (Fargues et Nassour, 1988). C'est donc sur les enquêtes par sondage qu'il faut s'appuyer pour estimer la plupart des indicateurs démographiques. Grâce aux enquêtes démographiques et de santé, on dispose désormais d'une connaissance satisfaisante du niveau et des tendances de la fécondité et de la mortalité des enfants, ainsi que de leurs déterminants. Mais les données sont beaucoup plus lacunaires et incertaines pour d'autres paramètres démographiques. Il en est ainsi de la mortalité adulte, de la mortalité selon la cause de décès ou encore plus simplement du volume des naissances et des décès. Les tendances migratoires récentes sont également difficiles à mesurer, aucune enquête n'ayant permis d'actualiser les résultats de l'enquête EMMU de 1992-93. Pour essayer de pallier l'absence de données, des questions spécifiques sont introduites dans les recensements et les enquêtes pour obtenir des estimations indirectes des principaux indicateurs démographiques. Les questions posées aux individus recensés sur leur lieu de résidence 12 mois plus tôt et sur leur lieu de naissance permettent ainsi, en comparant ces informations au lieu de résidence

---

<sup>5</sup> Se reporter à la bibliographie générale, fournie en fin d'ouvrage, pour les références des différentes opérations nationales.



actuelle, d'obtenir des informations sur les migrations. Des questions sur la survie des parents (dans le recensement) ou des sœurs (dans les enquêtes) visent quant à elles à obtenir des estimations indirectes sur la mortalité adulte et la mortalité maternelle. Enfin, pour évaluer le volume de décès et de naissances de l'année précédant le recensement, les résidents sont interrogés sur les naissances et les décès survenus dans leur famille au cours des 12 derniers mois. Ces estimations s'avèrent cependant de qualité médiocre, en particulier pour les décès : en règle générale, les omissions conduisent à une sous-estimation de la mortalité.

Conjointement aux indicateurs tirés des opérations nationales, les Nations unies publient chaque année des estimations des principaux indicateurs démographiques pour les différents pays du monde. Ces indicateurs sont estimés à partir de méthodes standardisées ; ils s'appuient sur les indicateurs nationaux disponibles, des techniques de redressement et des modèles construits à partir des pays disposant de données fiables. Selon les méthodes d'estimation retenues et les hypothèses qui les sous-tendent, un même indicateur peut prendre des valeurs assez différentes. Il en est ainsi de l'espérance de vie à la naissance<sup>6</sup>, un indicateur familier, dont le calcul nécessite cependant des données détaillées sur la mortalité par âge. Cet indicateur a été estimé à 60 ans à partir des données du recensement de 1998 mais à 48 ans seulement par les Nations unies pour la période 1995-2000 (United Nations, 2003), soit une différence de l'ordre de 12 ans. Le résultat tiré du recensement est certainement sur-estimé compte tenu de la sous-déclaration des décès des 12 derniers mois. Mais il est possible qu'à l'inverse les Nations-Unies sous-estiment l'espérance de vie, ce qui serait le cas si la structure de la mortalité par âge au Mali était différente de celle des modèles utilisés en référence<sup>7</sup>. La réalité se situe vraisemblablement entre les deux estimations, mais l'imprécision, on le voit, est grande. Cette incertitude est l'une des raisons qui expliquent l'attention portée principalement à la mortalité dans l'enfance, dont la mesure est plus fiable, et qui tient, par ailleurs, une place déterminante dans l'évolution de la mortalité générale.

D'une façon générale, les valeurs des indicateurs sont à considérer comme des ordres de grandeur. Les différences susceptibles d'être observées selon les sources de données et les méthodes d'estimation utilisées témoignent avant tout des efforts déployés pour apprécier, par la mobilisation des différentes techniques disponibles, une réalité démographique d'autant plus difficile à cerner qu'elle porte sur une population largement rurale, faiblement scolarisée et peu familiarisée avec les notions d'âges et de dates, indispensables à la mesure démographique.

Nous utilisons dans ce chapitre à la fois les indicateurs tirés des opérations statistiques nationales et les estimations des Nations unies (United Nations, 2003) qui permettent de les situer dans des tendances plus longues.

---

<sup>6</sup> Cet indicateur mesure l'âge moyen au décès d'une génération qui connaîtrait tout au long de sa vie, les risques de mortalité par âge enregistrés pendant la période considérée.

<sup>7</sup> Plus exactement si, pour un niveau de mortalité infantile donné (introduit comme terme de référence dans les modèles), la mortalité adulte est plus faible au Mali qu'elle ne l'a été dans les populations utilisées dans le modèle d'estimation.

## Un doublement de la population en moins de trente ans

Selon les recensements nationaux, le Mali comptait une population de 6,4 millions d'habitants en 1976, 7,7 millions en 1987 et 9,8 millions en 1998. La population a ainsi augmenté au rythme annuel moyen de 1,9 % entre 1976 et 1987 et 2,2 % entre 1987 et 1998. Si l'on considère que le taux d'accroissement de 2,2 % s'est maintenu, la population du Mali s'élève à 11,2 millions en 2004. Les Nations unies proposent une estimation plus haute, situant l'effectif de la population à plus de 11 millions dès 1998 et à 13 millions en 2004. On peut donc retenir un ordre de grandeur de 12 millions, à  $\pm 1$  million près.

La mise en perspective de ces indicateurs dans les tendances longues (figure 1 et 2, annexes 1 et 2), rend compte de l'augmentation continue de la population depuis les années cinquante, avec une accélération depuis les années quatre-vingt.

Cette augmentation de la population résulte avant tout du mouvement naturel (naissances et décès). La mortalité a baissé de façon continue tandis que la natalité s'est maintenue à un niveau élevé, générant un solde positif entre le nombre annuel de naissances et celui des décès.

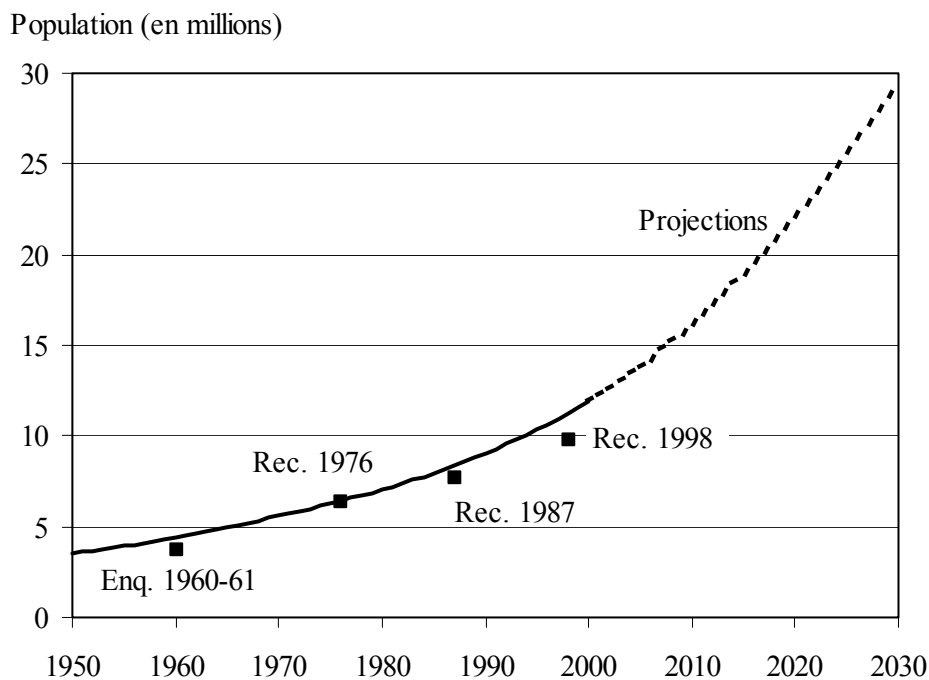


Figure 1  
**Évolution de la population du Mali.**  
 Estimations des Nations unies (United Nations, 2003)  
 et données censitaires (1976, 1987, 1998).

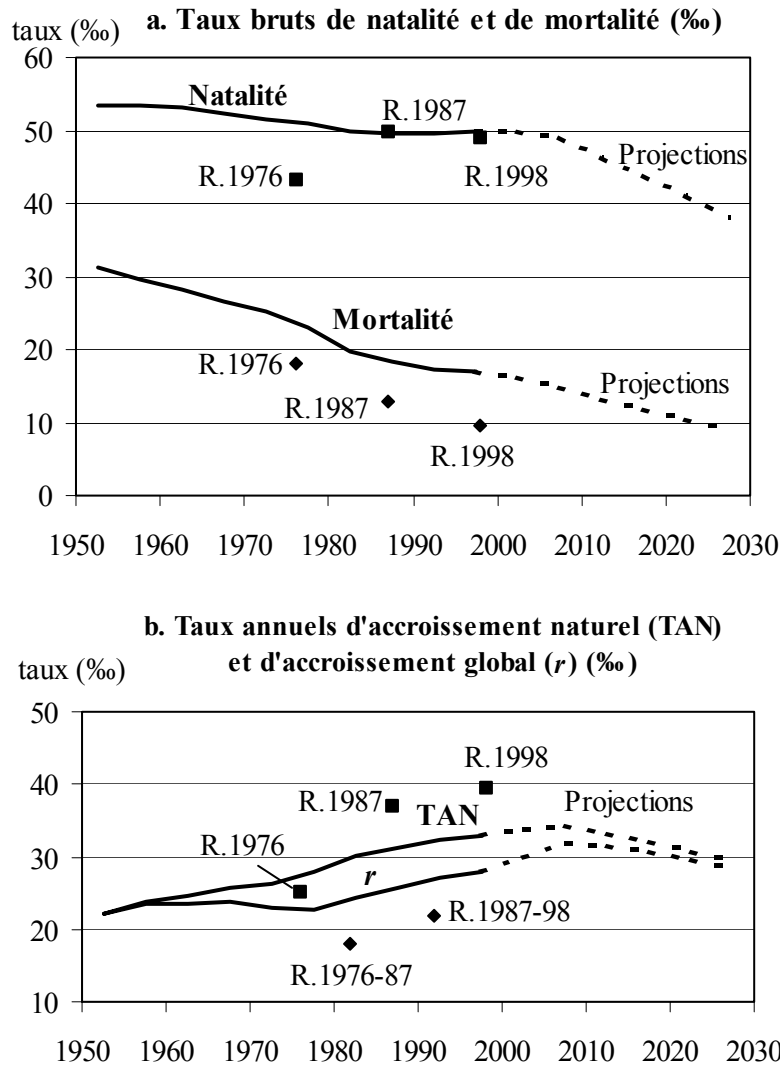


Figure 2  
**Mouvement de la population : taux bruts de natalité et de mortalité, taux d'accroissement naturel et global (‰)**  
 Estimations des Nations unies (United Nations, 2003)  
 et données censitaires (1976, 1987, 1998).

Selon les estimations des Nations unies, le taux brut de mortalité a quasiment été divisé par deux depuis les années cinquante (30 décès pour 1000 habitants en 1955-59 contre 16 % aujourd'hui). Les estimations tirées des recensements sont, on l'a dit, sous-estimées mais rendent compte d'une baisse tout aussi rapide. La natalité, en revanche, reste jusqu'à présent d'un niveau de l'ordre de 50 ‰. Ce décalage entre les tendances de la mortalité et de la fécondité est confirmé quand on s'intéresse à des indicateurs plus fins que les taux bruts.

Ainsi le risque de décéder avant 1 an, estimé à 24 % dans les années cinquante, était de l'ordre de 17 % au début des années soixante-dix et de 11 % à la fin des années quatre-vingt-dix, d'après les enquêtes démographiques et de santé (voir chapitre 5). L'indice synthétique de fécondité<sup>8</sup> présente, quant à lui un niveau remarquablement stable, de l'ordre de 6,7 enfants par femme, aux trois enquêtes démographiques et de santé (voir chapitre 7).

Le taux d'accroissement naturel (solde des naissances sur les décès rapporté à la population) est actuellement de 3,4 % par an (estimation des Nations unies pour la période 2000-04) contre 3 % au début des années quatre-vingt et moins de 2,5 % avant 1965. Ces niveaux d'accroissement correspondent, dans l'hypothèse d'un maintien à niveau constant et en l'absence de migrations, à un temps de doublement de la population respectivement de 20, 23 et 28 ans. Si la population a, en réalité, augmenté plus lentement cela résulte de la correction introduite par les migrations. Le Mali connaît un solde migratoire négatif (les émigrations y sont plus nombreuses que les immigrations) se situant entre -0,5 % et -0,6 % par an depuis le milieu des années soixante-dix, d'après les estimations des Nations unies (annexe 2). Mais même avec cette correction, le taux d'accroissement reste important (proche de 3 % d'après les Nations unies, de l'ordre de 2,2 % d'après les estimations intercensitaires) et porteur d'une augmentation considérable de la population, équivalente à un doublement de la population en une trentaine d'années au plus.

L'hypothèse d'un maintien des taux d'accroissement actuels sur le long terme est cependant peu vraisemblable. Conformément au schéma de la transition démographique (voir chapitre 2), la baisse de la mortalité (correspondant à la première phase de la transition) est suivie d'une baisse de la fécondité (deuxième phase), conduisant à une diminution de la croissance démographique. Ce processus expérimenté d'abord par les pays industrialisés, a également été vérifié dans les autres continents et est à présent bien engagé dans la plupart des pays sub-sahariens. Il est vraisemblable que la baisse de la fécondité déjà engagée dans les milieux urbains et scolarisés (voir chapitre 7) s'étendra également, à moyen terme, à l'ensemble du Mali.

Les projections des Nations unies représentées aux figures 1 et 2 (annexes 1 et 2) ont été calculées en adoptant l'hypothèse d'une baisse de la fécondité après 2005, d'une poursuite de la baisse tendancielle de la mortalité et d'une diminution progressive de l'émigration. Avec ces paramètres, la croissance de la population est effectivement amenée à se ralentir, mais à partir de 2010 seulement. Il faudra compter auparavant avec une poursuite de l'augmentation du rythme d'accroissement due au caractère plus prononcé de la baisse de la mortalité que de celle de la natalité. Ce n'est qu'après 2030 que le taux d'accroissement atteindra un niveau plus bas que celui de la période actuelle. Si les hypothèses des Nations unies se vérifient, la population du Mali sera de l'ordre de 27 millions d'ici une vingtaine d'années et proche de 50 millions en 2050.

La gestion de cette croissance démographique constitue, à l'évidence, un défi majeur pour le Mali. L'augmentation de la population va peser lourdement sur les ressources naturelles (eau, terres agricoles et ressources ligneuses) et sur la gestion foncière. Elle va aussi contraindre le pays à des efforts considérables pour équiper le pays en infrastructures

---

<sup>8</sup> L'indice synthétique de fécondité mesure la descendance (en nombre moyen d'enfants par femme) d'une génération de femmes qui connaîtrait à tous les âges les taux de fécondité enregistrés au cours de la période considérée.

sanitaires et scolaires, et faire face au risque de dégradation des conditions de vie (emploi, logement, accès aux ressources...).

## Une population jeune

La pyramide des âges du Mali (figure 3, annexe 3) présente le profil caractéristique d'une population à forte fécondité et mortalité élevée, avec une base large alimentée par une natalité élevée que la mortalité contribue à resserrer rapidement à mesure que l'on avance en âge.

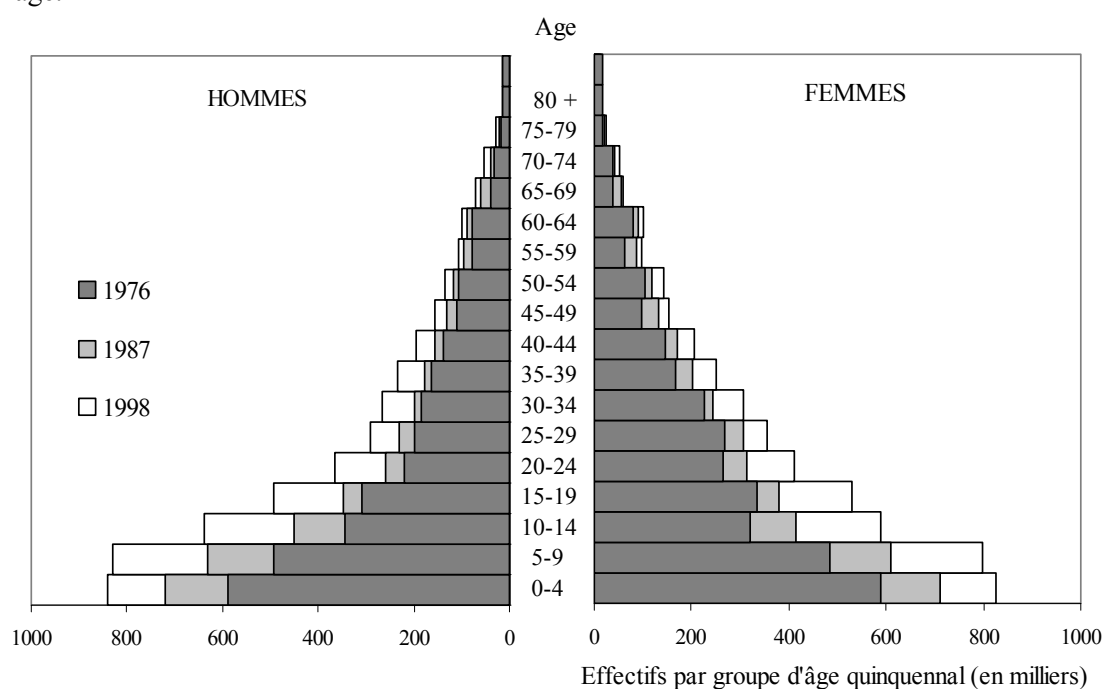


Figure 3

### Pyramides des âges en effectifs absolus aux trois recensements (1976, 1987 et 1998)

Ce profil s'est maintenu et même accentué au cours du temps, avec une représentation croissante des jeunes générations au sein de la population<sup>9</sup>. Ce rajeunissement de la population résulte à la fois du maintien de la fécondité à un niveau élevé et de la baisse de la mortalité. En effet, une fécondité stable mais exercée par des générations toujours plus nombreuses se traduit par une augmentation des naissances qui alimentent la base de la pyramide. Contrairement à une idée répandue, la baisse de la mortalité, loin de freiner ce rajeunissement, y contribue largement. En effet, dans un premier temps, les progrès sanitaires se traduisent principalement par une baisse de la mortalité des enfants : plus nombreuses à la naissance, les jeunes générations sont aussi plus nombreuses à survivre aux

<sup>9</sup> L'apparent resserrement de la pyramide au niveau des 0-4 ans en 1998 ne doit pas faire illusion : il résulte plus vraisemblablement de problème de collecte (omissions d'enfants en bas âge, surestimation de l'âge de certains enfants classés à tort parmi les 5-9 ans) qu'il ne correspond à la réalité.

risques de décès des premières années de la vie. Ce n'est que lorsque la mortalité générale a atteint un niveau bas que les progrès sanitaires bénéficient davantage aux âges élevés, contribuant alors à l'augmentation de la proportion des personnes âgées au sein de la population (« vieillissement de la population »).

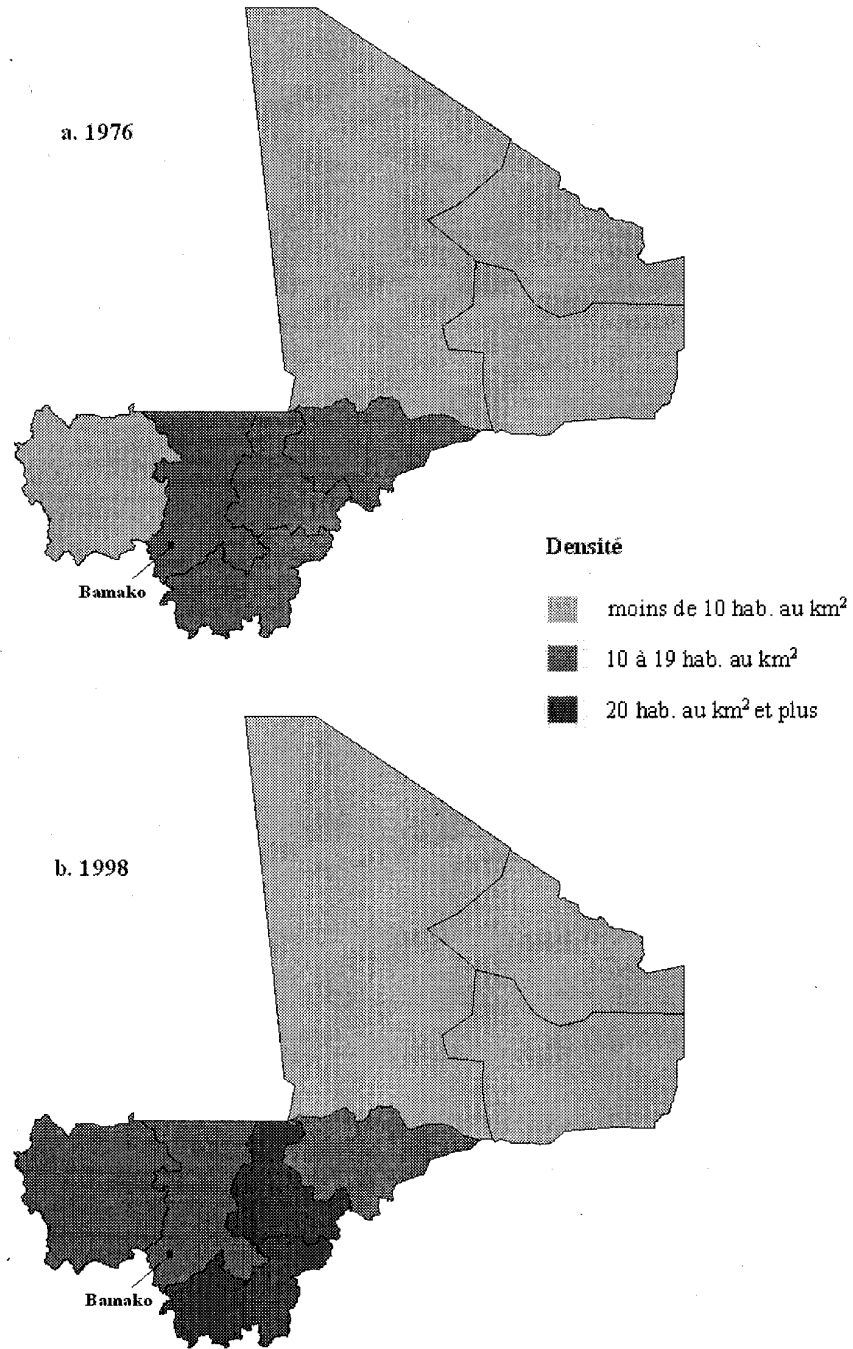
La population d'âge actif (approchée par le groupe des 15-64 ans) représente ainsi à peine la moitié de la population du Mali. La prise en charge des « dépendants » pèse donc d'un poids considérable sur la population adulte. Le rapport de dépendance, exprimé en nombre « d'inactifs » (moins de 15 ans et 65 et plus) pour 100 personnes d'âge actif (15-64 ans) supérieur à 100 aujourd'hui ne baissera probablement en deçà de ce niveau avant 2020. À titre de comparaison mentionnons que la moyenne mondiale (de l'ordre de 55 %) est près de deux fois plus faible.

Les moins de 15 ans représentaient 44 % de la population au recensement de 1976 et 46 % à celui de 1998. D'après les projections des Nations unies, le retournement de la tendance se situera vers 2010, mais la proportion des 0-14 ans ne passera probablement pas en dessous de 40 % avant 2040 (annexe 4). La proportion des personnes âgées reste quant à elle très faible : la population âgée de 65 ans et plus se situe entre 2 % et 4 % selon les estimations. L'effectif de la population âgée est amené à augmenter avec l'arrivée de générations toujours plus nombreuses et la baisse attendue de la mortalité, mais cette augmentation se poursuivra, dans les prochaines années, à un rythme plus lent que celle des classes d'âges plus jeunes. La proportion des 65 ans et plus ne dépassera donc probablement pas 3 % dans les 40 prochaines années.

## **Disparités régionales**

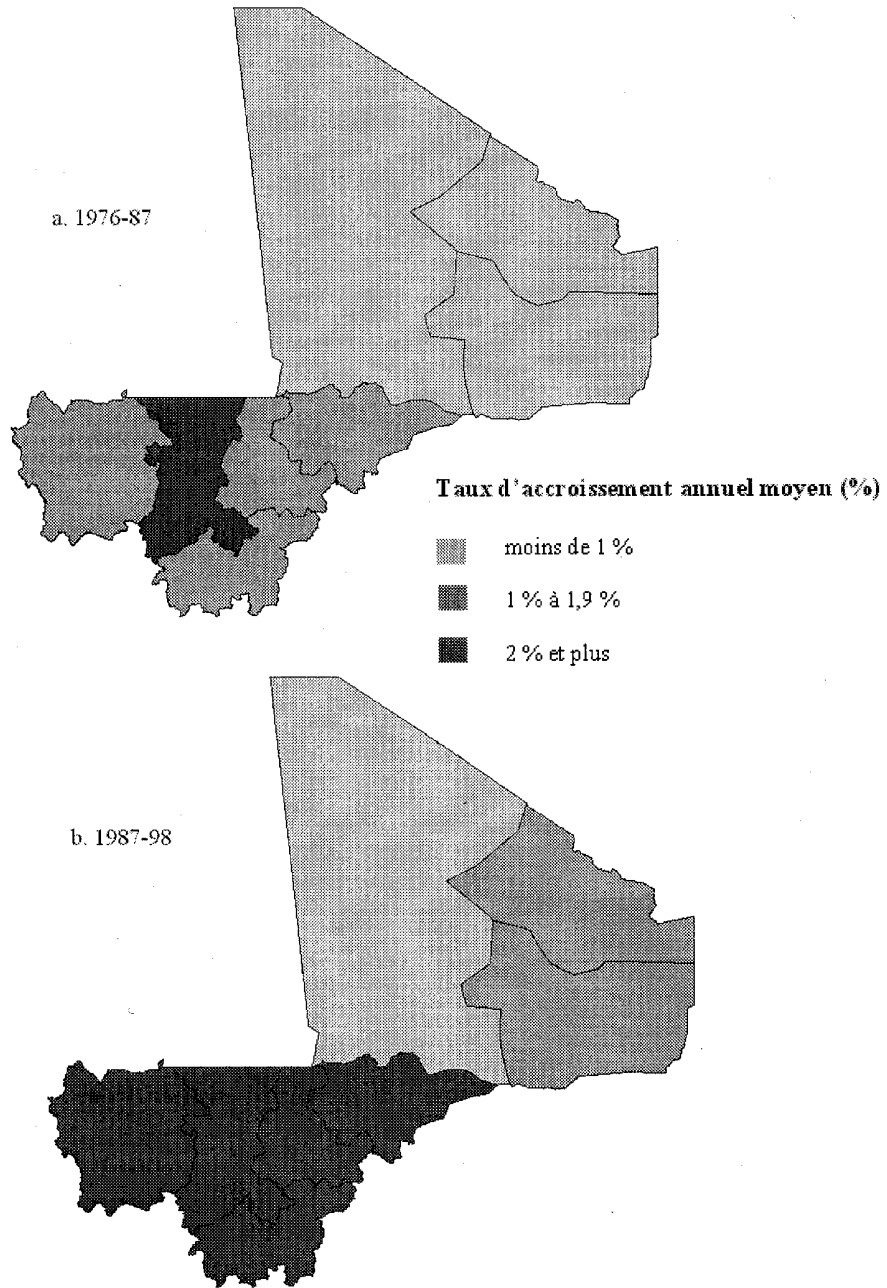
À l'échelle nationale, la densité de population est passée de 5,1 habitants au km<sup>2</sup> en 1976 à 7,9 habitants au km<sup>2</sup>. Cette valeur faible (la moyenne mondiale est de 47 habitants au km<sup>2</sup>) traduit principalement la répartition très inégale de la population sur le territoire et les différences régionales en terme d'accroissement démographique (cartes 2 et 3). Les régions désertiques du Nord (Tombouctou, Gao et Kidal) sont peu peuplées et peu attractives ; la population y a peu augmenté et la densité y est à peine d'1 habitant au km<sup>2</sup>. En revanche les régions du Sud ont toutes connu un accroissement démographique d'au moins 2 % par an au cours de la dernière période intercensitaire et leur densité dépasse 10 habitants au km<sup>2</sup> en 1998. Les régions de Sikasso et de Ségou sont, en 1998 comme en 1976, les plus peuplées avec une densité de 25 habitants au km<sup>2</sup> en 1998 ; suivies des régions de Mopti et Koulikoro (respectivement 19 et 16 hab./km<sup>2</sup>) et enfin de la région de Kayes (12 hab./km<sup>2</sup>). Le district de Bamako constitue un cas à part : la capitale accueillait en 1976 déjà 2500 habitants au km<sup>2</sup> et, principal pôle migratoire du pays, elle a connu depuis un accroissement démographique près de deux fois plus élevé que la moyenne nationale. Sa densité y est supérieure à 4000 habitants au km<sup>2</sup> en 1998.

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI



Carte 2  
Densité de population (habitants au km<sup>2</sup>) par région aux recensements de 1976 et 1998

LE MALI ET SA POPULATION



Carte 3

Taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen par région. 1976-87 et 1987-98.



## Le défi urbain

L'essor démographique s'est accompagné d'une représentation croissante de la population urbaine au Mali. Les villes<sup>10</sup> regroupaient 17 % de la population (soit 1,1 millions d'habitants) en 1976, 22 % en 1987 (1,7 millions) et 27 % en 1998 (2,6 millions) ; on estime que ce taux d'urbanisation dépassera 40 % en 2015 (PNUD, 2003). La population urbaine s'est accrue à un rythme trois fois plus élevé que la population rurale – 4,2 % contre 1,4 % en moyenne annuelle entre les recensements de 1976 et 1998 – un écart qui s'explique pour une large part par les migrations, principalement orientées vers les villes. La capitale regroupe près de 40 % de la population urbaine (soit 1,016 millions d'habitants en 1998), une valeur élevée mais qui est restée relativement stable depuis le milieu des années soixante-dix : le développement des villes intérieures s'est fait dans les trente dernières années au même rythme que celui de Bamako.

Bien que le taux d'urbanisation soit encore relativement modeste en comparaison des moyennes régionales<sup>11</sup>, le rythme d'accroissement des villes est en soi un problème majeur. Les pressions sur les marchés de l'emploi, du logement et des services ne cessent d'augmenter avec pour conséquence une dégradation des conditions de vie et de l'environnement urbain.

Le développement des quartiers spontanés est un signe révélateur des limites de la gestion urbaine. Leur superficie est passée, à Bamako, de 757 hectares en 1978 à 2990 hectares en 1986, on estime que 45 % de la population de Bamako y résidait en 1993. Cette urbanisation « sauvage » ne se limite pas à la capitale mais concerne toutes les villes secondaires. La précarité prend des formes extrêmes dans ces quartiers qui, sauf exception, ne disposent pas des infrastructures sociales de base (écoles, centres de santé, transport), souffrent de pénurie d'eau et de conditions d'insalubrité. La gestion, sinon la résorption de cet habitat spontané, constitue un véritable défi pour les autorités administratives et municipales compte tenu de la gravité des problèmes constatés, en termes d'habitat, d'adduction, de transport et de pollution.

La déficience des aménagements et de la gestion urbaine dépasse le cadre des quartiers spontanés et s'exprime sous des formes multiples à l'échelle de l'ensemble des espaces urbains. Ainsi, les villes maliennes ne sont pas équipées de système d'égout. Le fleuve Niger, où se déversent les déchets liquides de Bamako et des autres villes riveraines, est devenu un égout à ciel ouvert. La collecte des ordures ménagères est irrégulière et les déchets, s'amoncelant le long des rues, posent d'énormes problèmes d'insalubrité. Le réseau de distribution d'eau et d'aqueduc sont vétustes, d'où des déperditions importantes d'eau, et l'extension du réseau se heurte à la non-solvabilité de potentiels bénéficiaires. De gros efforts ont été faits en matière d'amélioration des infrastructures routières, notamment dans

---

<sup>10</sup> La notion de ville, au Mali, s'appuie sur des considérations administratives et d'effectif de population ; elle s'applique à tous les chefs lieux de cercle et à toutes les localités de 5000 habitants et plus. Sont distinguées : la capitale (Bamako), les villes principales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao et Tombouctou) et les villes secondaires.

<sup>11</sup> Le taux d'urbanisation est estimé à 31 % au Mali en 2001, un niveau plus élevé que ceux du Burkina Faso (17 %) et du Niger (21 %), mais nettement plus faible que celui du Sénégal (48 %) ou de la Côte d'Ivoire (44 %). La moyenne est de l'ordre de 35 % sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne et de 48 % dans le monde (PNUD, 2003).

les villes qui ont accueilli les matchs de la Coupe africaine des nations en 2002. Les principaux axes routiers des villes sont en bon état, mais les rues secondaires sont rarement viabilisées et se transforment en champ de boue lors de la saison des pluies. Conséquence de l'étroitesse des chaussées, de l'anarchie des services de transport, de l'augmentation des véhicules particuliers et du manque d'entretien des voies et des feux de signalisation, Bamako est asphyxiée par la circulation routière et les bouchons qui se forment aux heures de pointe. La pollution de l'air, le bruit et l'odeur pestilente des eaux usées des caniveaux et celles des saignées pratiquées dans certaines rues ont relégué aux oubliettes l'image de marque que la capitale malienne (« Bamako la coquette ») affichait au temps de la colonisation.

Les autorités administratives et municipales sont confrontées à un manque de ressources financières pour faire face à la dégradation de l'environnement urbain et à la croissance urbaine. Du fait de la pauvreté des populations qui y vivent, les recettes municipales demeurent très faibles. Le budget annuel moyen se situe entre 50 et 100 millions de FCFA dans les principales villes, à l'exception du district de Bamako où il atteint 1,5 milliards de FCFA. Les dépenses ordinaires des municipalités (budget de fonctionnement) se situent entre 404 FCFA (Tombouctou) et 2 843 FCFA (Kayes) par an et par habitant. Les dépenses d'investissement, par an et par habitant, s'élèvent à 522 FCFA à Bamako, à 757 FCFA par habitant à Kayes, elles sont nulles à Tombouctou.

Le gouvernement malien a intégré la question de la gestion urbaine à la politique de décentralisation. Suite à la loi de décentralisation de 1993 et au code des collectivités locales de 1995, une politique pour le secteur urbain a été adoptée en 1996 et un « projet de développement urbain et de décentralisation (PDUD) » a été mis en place en 1997. Ses objectifs sont de renforcer la capacité de gestion des municipalités, l'efficacité de la gestion des dépenses urbaines, l'augmentation des revenus municipaux, la réhabilitation des infrastructures et l'amélioration des services des principaux centres urbains, l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable, ainsi que la promotion des entreprises locales aptes à créer de l'emploi à travers les travaux urbains.

## **ENCADREMENT SANITAIRE ET POLITIQUE DE POPULATION**

### **Politique et encadrement sanitaire**

La politique de santé du Mali était basée, jusqu'à la fin des années soixante-dix, sur un système de soins exclusivement public. Le premier plan décennal de développement sanitaire (1966-76) s'était donné comme mission d'assurer la gratuité des soins et aucune place n'était accordée au secteur privé, lucratif ou non. Les années quatre-vingt marquent un changement de cap avec l'adoption, par le deuxième plan décennal de développement sanitaire (1981-90), de la stratégie des soins de santé primaire et avec elles le développement de structures de santé rurale et la formation d'agents de santé et de caisses de pharmacie villageoises. Les professions médicales et pharmaceutiques sont libéralisées en 1985 (Traore Nafo, 2001). La nouvelle politique sectorielle de santé adoptée en 1990 ajoute au principe des soins de santé primaires, celui de la promotion des médicaments essentiels (Initiative de Bamako) et consacre une approche participative des communautés dans la création et la

gestion des aires de santé. Cette politique se poursuit au travers du troisième plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS, 1998-2007), dont le PRODESS (programme de développement sanitaire et social) marque la première phase (1998-2002) (MS-MDSSPA, 2003, 2004).

La contractualisation de l'offre de service de santé avec les communautés locales constitue une dimension essentielle de la politique engagée. Elle a débuté en 1990, avant le processus de décentralisation administrative, mais avec les mêmes principes de base. L'organisation décentralisée du système de soins s'appuie sur les centres de santé communautaires (CSCOM) gérées par des associations de santé communautaire (ASACO). Le CSCOM est une structure de type privé à but non lucratif, se composant d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments. La création d'un CSCOM procède de la volonté d'une communauté (ensemble de villages, quartier d'une ville...) prête à contribuer financièrement à sa réalisation et à assurer la prise en charge de son fonctionnement par la tarification des actes médicaux. La réalisation d'un CSCOM est subordonnée à certaines conditions de viabilité (au moins 5000 habitants, capacité organisationnelle présumée de la communauté...), elle requiert un agrément et donne lieu à la signature d'une convention d'assistance mutuelle entre l'ASACO et l'État<sup>12</sup>. Depuis la décentralisation, les maires sont administrativement responsables des CSCOM du ressort de leur commune (signature de la convention d'assistance mutuelle, subvention financière aux travaux de construction et à l'équipement, suivi et contrôle de la gestion des ASACO).

Le programme sanitaire s'appuie sur une carte sanitaire délimitant les aires de santé destinées à accueillir les CSCOM selon un critère d'espacement de 5 à 15 km. Cette carte sanitaire a été revue et compte aujourd'hui 1037 aires de santé, contre 784 en 1997. Le programme a connu une progression continue : le nombre de CSCOM est passé de 370 en 1998 à 649 en 2003 (dont 606 fonctionnels). Le personnel de santé y travaillant est d'environ 3300 agents, dont 29 % qualifiés (Ministère de la santé, 2003).

Les stratégies proposées dans la politique de solidarité portent sur une meilleure orientation des moyens de l'État, sous forme d'aide et d'assistance au développement des programmes de promotion des personnes handicapées, la protection sociale de l'enfance et de la lutte contre la pauvreté. Un programme national a été élaboré pour prévenir la dégradation de leur statut socio-économique et lutter contre les injustices sociales dont elles sont l'objet. Ces stratégies devraient contribuer à atténuer les phénomènes d'exclusion, à réduire la fracture sociale.

Si l'essor de ces structures repose en grande partie sur la mobilisation des collectivités locales, de gros efforts ont également été déployés par l'État, y compris en terme de recrutement de personnel médical. La part du budget de la santé et de l'action sociale dans le budget global de l'État est passé de 5 % à 10 % de 1992 à 2001 (Traore Nafu, 2001). Cependant l'encadrement sanitaire assuré par des professionnels reste bien en deçà des recommandations de l'OMS (tableau 1).

---

<sup>12</sup> L'État s'engage à financer l'essentiel des travaux de construction, à fournir l'équipement et un stock initial de médicaments, à offrir vaccins, contraceptifs et médicaments pour les maladies sociales et à assurer la formation du personnel et la supervision du centre. L'ASACO prend en charge les salaires, participe aux travaux de construction et s'engage à offrir des soins de qualité à des coûts supportables pour la population (Traore Nafu, 2001)

Tableau 1  
**Encadrement sanitaire. Ratio population/personnel de santé. 2001.**

Catégorie :	Effectifs	Ratio	Norme OMS
Médecins (toutes spécialités)	719	14 612	10 000
Infirmiers d'État	579	18 145	5 000
Infirmiers	751	13 989	5 000
Sages femmes	490	21 440	5 000
Infirmières	169	62 163	5 000
Source : Rapport de la Direction nationale de la santé, 2001, cité par l'INRSP, 2003.			

### Planification familiale et politique de population

L'offre de méthodes de contraception moderne est récente au Mali. Elle a été soutenue par l'Association malienne pour la promotion et la protection de la famille (AMPPF), créée en 1972, puis par la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile et la création en 1980 de la Division de la santé familiale et communautaire (devenue en 2001 la Division santé de la reproduction de la Direction nationale de la santé). En 1987, moins de 30 % des femmes (15-49 ans) déclaraient connaître une méthode moderne de contraception moderne et la pratique était négligeable (1 %) (Traoré *et al.*, 1989). Ce n'est qu'en 1991 avec l'adoption de la première politique nationale de population que la maîtrise de la fécondité et la promotion de la planification familiale sont mentionnées parmi les objectifs du gouvernement. Ils y apparaissent cependant à un niveau tout à fait secondaire dans le cadre du premier (« maîtrise de la croissance démographique ») des dix objectifs attribués à la politique nationale. Celle-ci couvre en effet également les champs de la santé et de la mortalité, des migrations et de la redistribution spatiale de la population, de la promotion féminine, des conditions de vie et de l'environnement (MPCI, 1991). La politique de population a fait l'objet d'une première révision en 2003 (CENACOPP, 2003) ; la Cellule nationale de coordination des programmes de population (CENACOPP), érigée en Direction nationale de la population en février 2004, est chargée de la coordination intersectorielle, du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de cette politique.

Le Ministère de la santé est responsable de la conception et de l'élaboration de la politique des services de contraception ainsi que de la coordination et du suivi des activités. La mise en œuvre est dévolue aux Directions régionales de la santé qui apportent un appui au niveau opérationnel. Différents intervenants participent dans l'offre et les services de contraception en particulier les ONGs comme l'AMPPF (Association malienne pour la protection et la promotion de la famille), le Groupe Pivot Santé et Population regroupant des ONGs investies dans les activités en santé de la reproduction, et les organismes privés et communautaires.

En 1991, on ne comptait que 60 antennes de planification familiale dans le pays (MPCI, 1991). Aujourd'hui, les contraceptifs sont disponibles dans les structures sanitaires (publiques, parapubliques, privées et communautaires) et les pharmacies. Des stratégies de communication sont également développées au travers des agents communautaires, du

système de marketing social des ONGs, ou d'autres démarches innovatrices (usines, écoles, maisons de jeunes). Mentionnons qu'on trouve aussi des produits contraceptifs biomédicaux chez les vendeurs de "pharmacie par terre", ce qui peut être considéré comme l'expression d'un dysfonctionnement dans le système de santé du Mali quant à l'offre de médicaments et de soins.

Les services contraceptifs sont théoriquement accessibles sans exigence d'autorisation ou de consentement parental ou marital. Les principales méthodes disponibles sont les contraceptifs oraux, le dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet), les injectables, le préservatif, les spermicides, le diaphragme, les implants. La ligature des trompes et la vasectomie sont également pratiquées. L'avortement est illégal, sauf si la vie de la femme est en danger ou en cas de malformation fœtale grave et avérée.

En 2001, la plupart des femmes (trois sur quatre) déclarent connaître au moins une méthode de contraception moderne cependant la pratique reste faible (6 % d'utilisatrice de méthode moderne). Même si les services de planification familiale sont en principe devenus accessibles au plus grand nombre par l'intermédiaire des centres de santé communautaires, le sujet semble rarement abordé directement : parmi les femmes n'utilisant pas la contraception, seules 10 % déclarent en avoir discuté dans un centre de santé ou avec un agent de terrain (Traore et Ballo, 2002). Le taux des nouvelles acceptantes pour l'ensemble du pays reste très faible, fluctuant entre 2 % et 4 % (Ministère de la santé, 2003).

## LA SCOLARISATION : UNE PRIORITE NATIONALE

L'instruction est considérée comme un droit pour tous, mais la scolarisation est loin d'être généralisée. Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, la proportion d'enfants d'âge scolaire (7-12 ans) qui fréquentaient l'école (taux net de scolarisation primaire) ne dépassait pas 25 %. La situation s'est nettement améliorée depuis et l'on estime qu'aujourd'hui près de la moitié des classes d'âges concernées sont scolarisées dans le primaire<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Deux mesures du taux de scolarisation sont habituellement utilisées :

- le taux brut de scolarisation, calculé en rapportant le nombre d'élèves inscrits dans le primaire (premier cycle de l'enseignement fondamental au Mali) à l'effectif d'âge scolaire (7-12 ans) ;
- le taux net de scolarisation, qui correspond à la proportion d'enfants d'âge scolaire (7-12 ans) qui fréquentent l'école.

Pouvant être calculé à partir des statistiques scolaires, le taux brut de scolarisation est un indicateur plus facile à obtenir mais il présente différentes limites et surestime la fréquentation scolaire. En effet, les élèves ayant dépassé l'âge officiel de scolarisation sont comptabilisés au numérateur alors qu'il ne sont pas pris en compte au dénominateur. D'autres biais interviennent tels que les doubles inscriptions, les enfants inscrits qui ne sont pas scolarisés, ou encore, à l'échelle locale, les distorsions qu'introduisent les migrations des scolaires sur les paramètres de l'estimation. Ainsi il n'est pas rare qu'on obtienne des valeurs aberrantes, supérieures à 100 %, dans des zones de forte scolarisation. Par exemple, le taux brut de scolarisation était de 137 % à Bamako en 2001-02 (CPS/MEN, 2002).

À l'échelle nationale, le taux brut de scolarisation était estimé à 64 % en 2001-02 (75 % pour les garçons, 54 % pour les filles) par le Ministère de l'éducation nationale (CPS/MEN, 2002). L'enquête démographique et de santé de 2001 donne quant à elle un taux brut de scolarisation de 52 % (61 % pour les garçons, 43 % pour les filles) et un taux net de scolarisation de 38 % (44 % pour les garçons, 33 % pour les filles) (Coulibaly *et al.*, 2002)

### Encadré 2. Le système scolaire malien

Le système éducatif du Mali comprend les modules suivants :

1. *L'éducation préscolaire et l'éducation spéciale*, citées pour mémoire, occupent une place marginale (taux de scolarisation pré-scolaire inférieure à 2 %). La première s'adresse aux enfants de moins de six ans. La seconde, destinée aux enfants inadaptés au système scolaire, est dispensée dans les Instituts d'éducation spéciale.
1. *L'enseignement fondamental* est dispensé en deux cycles. Le premier, équivalent à l'enseignement primaire, se déroule sur 6 ans, de la 1<sup>ère</sup> à la 6<sup>ème</sup> année. Il est sanctionné par le Certificat de fin d'études du premier cycle de l'enseignement fondamental (CFEPCEF). Le second cycle, équivalent au collège, est de 3 ans, de la 7<sup>ème</sup> à la 9<sup>ème</sup> année. Il débouche sur le Diplôme d'études fondamentales (DEF, équivalent BEPC) qui permet l'accès à l'enseignement secondaire général ou à l'enseignement technique et professionnel.
1. *L'enseignement secondaire général* est composé de 3 niveaux, de la 10<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> année. Il est sanctionné par le baccalauréat qui permet de poursuivre des études supérieures.
1. *L'enseignement technique et professionnel* couvre plusieurs niveaux de formation. Les lycées techniques forment au baccalauréat technique permettant de poursuivre des études d'ingénieur. Les instituts et centres de formation technique et professionnelle préparent au Certificat d'aptitude professionnelle (CAP) pour deux ans et Brevet de technicien (BT) pour quatre ans.
1. *L'enseignement supérieur* est dispensé à l'Université de Bamako (créée par la loi N° 93-060/P-RM du 08 septembre 1993 et ouverte en novembre 1996), les Grandes écoles et les Instituts supérieurs de formation.

L'évolution de la scolarisation est retracée à la figure 4 par la proportion d'individus ayant déclaré avoir fréquenté l'école selon la génération et l'année approximative<sup>14</sup> de début de scolarisation. Cet indicateur correspond à une mesure différente du taux de scolarisation et conduit à des valeurs plus élevées, tous les individus ayant été à l'école, y compris ceux qui l'ont quitté prématurément, étant classés parmi les scolarisés. Les valeurs représentées correspondent aux moyennes, par groupe de générations, des indicateurs fournis par les recensements nationaux de 1976, 1987 et 1998 et des enquêtes démographiques et de santé de 1994-95 et 2001.

L'augmentation de la scolarisation a été continue, mais s'est réalisée à un rythme variable, lié aux événements historiques et politiques qu'a connus le pays<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> L'année moyenne de début de scolarisation et celle de début de scolarisation secondaire ont respectivement été fixées 8 ans et 20 ans après l'année de naissance.

<sup>15</sup> Pour une analyse de l'évolution de la scolarisation basée sur l'évolution des effectifs scolaires, se reporter à l'article de Marie-France Lange et Olivier Gisselbrecht (1999).

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

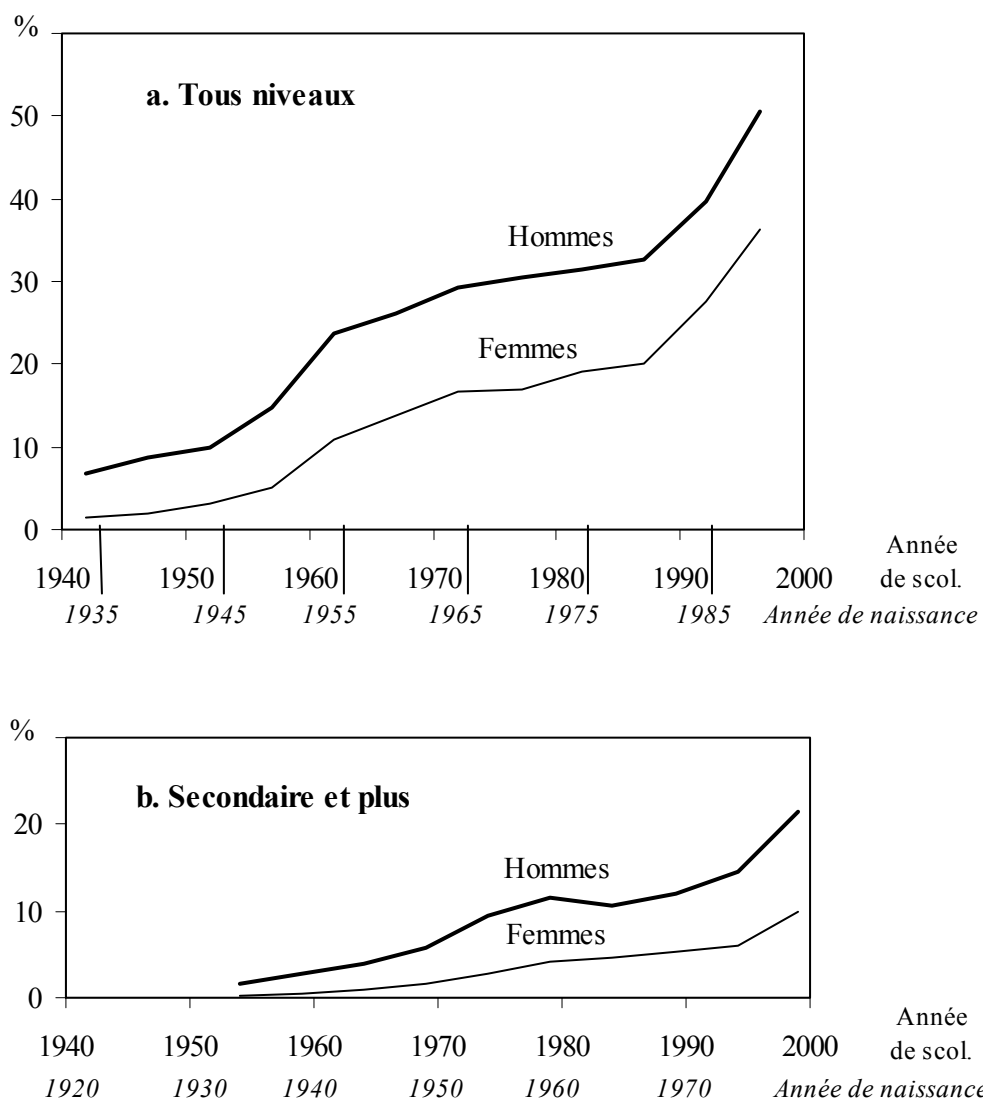


Figure 4

**Proportion (%) d'individus ayant fréquenté l'école et proportion (%) d'individus ayant atteint le niveau secondaire au moins, par sexe et génération.**

Moyenne des estimations fournies par les recensements nationaux (1976, 1987, 1998) et les enquêtes démographiques et de santé de 1995-96 et 2001.

(Note : la légende des abscisses associe aux années de naissance les années moyennes de début de scolarité).

## **1960-1968. La première République**

Sous la colonisation, l'école avait pour objectif de former les cadres subalternes de l'administration et ne touchait qu'une population très limitée, ne dépassant pas 10 %. L'Indépendance marque une rupture. Dès sa prise de fonctions, le premier Président du Mali, Modibo Keita, affiche comme une priorité la révision du système éducatif hérité de la colonisation, au profit d'un enseignement de masse et de qualité destiné à former les cadres dont le pays a besoin pour son développement. La loi fondant le système éducatif du Mali est votée en 1962 et le projet éducatif se concrétise par la réalisation d'infrastructures scolaires, la formation et le recrutement d'enseignants, la fourniture d'équipements et de manuels scolaires. L'accès à l'école augmente de façon continue. À la fin des années soixante, près d'un tiers des garçons et un cinquième des filles vont à l'école, trois fois plus qu'en 1960.

## **1968-1990. La deuxième République**

Cet essor est interrompu par le coup d'état de 1968 et les années soixante-dix sont marquées par la première crise du nouveau système éducatif. La dévalorisation de la fonction enseignante et la répression du corps enseignant par le régime militaire, les retards de salaires dus à la crise économique (sécheresse quasi endémique et mauvaise gestion) sonnent le glas de la réforme de 1962. La ruralisation de l'enseignement instituée en 1980 instaure l'autofinancement des écoles et les prive en même temps des moyens didactiques de base.

La crise du système éducatif se manifeste par les grèves des élèves, étudiants et enseignants. D'abord localisées et spontanées en 1970 et 1972, les mouvements prennent en 1976-1977 et 1980 une forme plus structurée et politisée, et se heurtent à la répression du régime militaire en place. Abdoul Karim Camara dit Cabral, leader de l'Union nationale des élèves et étudiants du Mali (UNEEM) est assassiné le 17 mars 1980. Unique syndicat des enseignants, le Syndicat national de l'éducation et de la culture (SNEC) est réprimé par le Comité militaire de libération nationale. Syndicat d'enseignants et association d'étudiants passent sous le contrôle du pouvoir en place, le premier en s'inféodant au parti unique, l'UDPM (Union démocratique du peuple malien), la seconde en s'affiliant à l'organisation de la jeunesse du parti, l'UNJM (Union nationale des jeunes du Mali).

Cette interférence du champ politique avec l'école malienne participe à la dégradation du système éducatif et à la crise de confiance dont il est l'objet. Les restrictions budgétaires imposées par les instances internationales dans le cadre de la gestion de la dette s'ajoutent au tableau. Les mesures de rigueur adoptées pour diminuer le coût de la masse salariale des fonctionnaires contribuent à démobiliser parents et enseignants de l'objectif scolaire. Le gel des recrutements d'enseignants, la fermeture des Instituts de formation de maîtres, le départ massif d'enseignants expérimentés à la retraite anticipée, le recours à des vacataires puis à des volontaires sous-qualifiés, les restrictions budgétaires touchant les salaires, primes et capacité d'investissement de l'État sont autant de facteurs qui concourent à la dévalorisation de la fonction enseignante. Entre 1985 et 1990, les effectifs d'enseignants du fondamental baissent de plus de 10 % (Lange et Gisselbrecht, 1999). Dans le même temps, la fonction publique, qui garantissait jusque-là un débouché aux diplômés, ferme progressivement ses portes : un concours d'entrée est instauré en 1983 et les postes mis en concours diminuent. Les familles se détournent de l'École dès lors qu'elle n'assure plus l'emploi et la promotion sociale.



La période 1968-1990 correspond ainsi à une période de crise de l'école. La proportion d'enfants envoyés à l'école n'augmente plus ou que très lentement, elle est de l'ordre de 30 % pour les garçons, de 15-20 % pour les filles (figure 4a). On assiste à un phénomène de déscolarisation : les abandons augmentent, la durée de scolarisation diminue. D'après les statistiques de l'éducation nationale, le taux de scolarisation est passé de 29 % en 1968 à 22 % en 1989 (Sall, 1994).

### **1991-1998. Les débuts de la troisième République**

La crise de l'école malienne est l'un des éléments moteurs de la chute de la dictature militaire en 1991 et par suite de l'avènement de la troisième République. Le développement de la scolarisation est très vite affiché comme une priorité nationale par le nouveau gouvernement. Cet objectif nécessite cependant bien plus que des ajustements tant les contraintes sont fortes : déséquilibres structurels considérables, attentes sociales fortes, moyens limités et contraintes de l'ajustement structurel...

Deux principaux chantiers sont engagés : d'une part la création d'une Université du Mali, d'autre part la réorganisation de l'enseignement fondamental, en s'appuyant sur l'enseignement privé et la mobilisation des communautés locales.

- *L'Université*

L'Université du Mali (renommée depuis Université de Bamako) a ouvert ses portes en novembre 1996 en s'appuyant sur les grandes écoles existantes. Elle compte aujourd'hui 30 965 étudiants (MEN, 2004). Destinée à se développer, elle réunit actuellement neuf facultés, instituts et grandes écoles : la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie ; la faculté des sciences juridiques et économiques ; la faculté des sciences et techniques ; la faculté des lettres, arts et sciences humaines (FLASH) ; l'institut polytechnique rural de formation et de recherche appliquée (IPR-IFRA) ; l'institut supérieur de formation et de recherche appliquée (ISFRA) ; l'institut universitaire de gestion (IUG) ; l'école normale supérieure (ENSUP) et l'école nationale d'ingénieur (ENI).

- *La nouvelle école fondamentale*

Les structures scolaires existantes et le budget de l'État n'étant pas de taille à porter un véritable développement de la scolarisation, les acteurs de la société civile sont mis à contribution. L'enseignement privé, qui s'exerçait jusqu'alors dans un flou institutionnel sans réglementation précise, est reconnu en juillet 1994. Les établissements d'enseignement privé peuvent désormais conclure des conventions particulières avec l'État et bénéficier, le cas échéant, d'un soutien pour l'acquisition de terrains pour la réalisation d'infrastructures scolaires. Plus généralement, l'État s'engage à mettre à la disposition des partenaires de l'école, selon ses possibilités, des moyens financiers, humains et matériels ; il veille sur les programmes et l'organisation des examens, et contrôle le respect des normes légales par les écoles et établissements privés. Les frais de scolarité sont libres dans le privé, l'enseignement public restant intégralement financé par l'État (Sall, 1994).

Les écoles communautaires sont une composante essentielle du dispositif de refondation du système scolaire. Ces écoles privées créées, gérées et financées par les

communautés, notamment villageoises, ou des associations<sup>16</sup>, bénéficient de la reconnaissance et du soutien (matériel scolaire, soutien pédagogique, formation des enseignants) de l'État dans le cadre d'une réglementation particulière. Elles jouent un rôle essentiel dans la relance de la scolarisation des enfants en milieu rural. Relevant de l'initiative et de la responsabilité des communautés, mises en œuvre dans un contexte de décentralisation et de climat politique apaisé, elles permettent aux populations de réinvestir le projet d'école et sont largement adoptées en dépit de leur coût, largement assumé par les familles. Ces nouvelles écoles offrent par ailleurs un débouché aux jeunes diplômés revenus au village, et contribuent ainsi à une revalorisation de l'investissement éducatif.

La nouvelle politique de scolarisation porte ses fruits : on assiste à une véritable explosion de la scolarisation au courant des années quatre-vingt-dix. Au sein des générations atteignant l'âge de scolarité en 1998, la moitié des garçons et plus d'un tiers des filles entrent à l'école, contre respectivement un tiers et un cinquième dix ans plus tôt (figure 4a). La scolarisation dans le secondaire (après le DEF) connaît, partant d'un niveau bien plus bas, une augmentation tout aussi considérable : elle concerne, à la fin des années quatre-vingt dix, un cinquième des garçons et un dixième des filles, soit des valeurs près de deux fois plus élevées qu'en 1990 (figure 4b).

### **1998-2007. Le programme décennal de développement de l'éducation**

La politique de l'éducation se poursuit depuis 1998 dans le cadre du programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC), mis en œuvre avec l'appui de la Banque Mondiale. Ce programme a pour mission de restructurer le système éducatif en améliorant l'accessibilité à l'éducation de base, la qualité de l'enseignement pour tous les niveaux, la capacité de gestion du système et le développement de l'alphabétisation.

L'objectif est d'atteindre un taux de scolarisation de 75 % en 2008 (70 % pour les filles), 95 % en 2010, et, à plus long terme, d'assurer l'enseignement secondaire à 65 % des titulaires du DEF. La scolarisation pré-scolaire est également concernée, l'objectif étant d'offrir un accueil pré-scolaire à 10 % des enfants d'ici 2008.

Le projet s'appuie sur une politique d'investissement, en terme d'infrastructures scolaires et de formation des enseignants, et sur la poursuite d'une politique de soutien à l'enseignement privé, notamment par le développement des écoles de village.

Une réorganisation du programme scolaire est prévue avec une réduction à 8 ans (au lieu de 9 actuellement) des deux cycles de l'enseignement fondamental, une augmentation du volume horaire de l'enseignement de l'anglais et l'introduction de la langue maternelle des élèves, de la 1<sup>ère</sup> année à la 4<sup>ème</sup> année, pour une meilleure adaptation de l'école aux réalités socioculturelles des enfants.

---

<sup>16</sup> Cependant les écoles coraniques et les écoles de catéchisme, les établissements exclusivement destinés à la formation des ministres du culte, les cours donnés individuellement ou en commun dans un cadre non institutionnel, ne sont pas du domaine de ce statut.

## **Des défis qui restent importants**

Si la poursuite du développement de la scolarisation est un enjeu majeur pour les années à venir, d'autres défis sont à relever en matière de traitement des inégalités d'accès à l'école mais aussi de contrôle de la qualité des enseignements dispensés et du niveau des diplômés délivrés.

### ***Encadrement scolaire et niveau de formation***

Le développement de l'offre scolaire s'est fait sans augmentation significative des effectifs dans la fonction publique<sup>17</sup>. Il s'est appuyé d'une part, on l'a dit, sur les structures privées (notamment les écoles communautaires villageoises), d'autre part sur une réorganisation du temps scolaire dans les écoles publiques et un allègement du programme scolaire. Le système de la « double vacation » s'est développé en milieu urbain, sous la forme de l'encadrement de deux classes par un même enseignant, l'une étant scolarisée le matin, l'autre l'après-midi. Le nombre d'élèves par enseignant a significativement augmenté : jusqu'en 1990, la moyenne dans l'enseignement fondamental n'avait jamais dépassé 45<sup>18</sup> (Lange et Gisselbrecht, 1999), en 2001-02 elle est de 61 élèves (CPS/MEN, 2002). Cette moyenne masque cependant des disparités importantes. Il n'est pas rare que le ratio élèves/maitre dépasse 100 dans les premières classes de l'enseignement fondamental, notamment dans les écoles villageoises. Le mode de rémunération des enseignants des écoles communautaires, généralement proportionnel au nombre d'élèves (les parents remettant à l'enseignant une contribution par enfant scolarisé), l'importance de la demande et le manque de candidats aux postes d'enseignants en brousse, sont autant de facteurs qui contribuent à la surcharge des classes. Par ailleurs afin d'augmenter le rendement scolaire dans l'enseignement du premier cycle, un système de quota, limitant le taux de redoublement à 15 %, remplace désormais l'évaluation sur résultats dans la gestion de la progression scolaire.

Les aménagements adoptés pour permettre le développement de la scolarisation ne sont donc pas sans risque sur le niveau de la formation dispensée et des diplômés.

La principale limite de la politique de scolarisation tient probablement à sa mobilisation sur des objectifs de réussite essentiellement quantitatifs. Cette priorité est elle-même à rapporter aux exigences des bailleurs internationaux, qui subordonnent la poursuite des financements à la réalisation de résultats quantifiables (Lange et Gisselbrecht, 1999).

### ***Inégalités entre sexes***

Les choix éducatifs des familles maliennes se sont toujours faits en faveur des garçons. Au début des années soixante on comptait à peine 2 filles scolarisées pour 5 garçons et le rapport était d'une pour cinq au niveau du secondaire. (figure 5). Ces écarts se sont nettement réduits depuis mais restent considérables et se creusent à mesure que l'on avance dans le niveau de formation. Non seulement les filles sont envoyées bien moins souvent à l'école que les garçons mais elles interrompent aussi leur scolarité beaucoup plus tôt. À la fin

---

<sup>17</sup> En dépit d'une remontée à partir de 1991, l'effectif des enseignants titulaires de l'enseignement fondamental est inférieur en 1994 à celui du début des années quatre-vingt (Lange et Gisselbrecht, 1999).

<sup>18</sup> Elle était de l'ordre de 35 au milieu des années quatre-vingt (Lange et Gisselbrecht, 1999)

des années quatre-vingt dix, l'accès à l'école des filles était encore inférieur de 30 % par rapport à celui des garçons et il était deux fois plus faible pour l'entrée dans le secondaire.

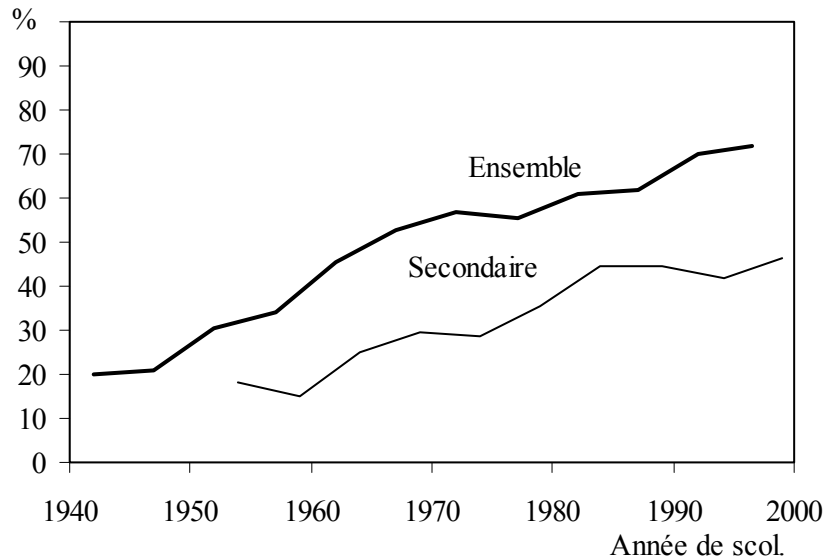


Figure 5

**Nombre de filles ayant été à l'école scolarisées pour 100 garçons.**

(les indicateurs sont calculés par générations et associées, en abscisse, à la date moyenne de début de scolarisation primaire ou secondaire)

***Inégalités régionales***

Les différences de scolarisation sont également marquées en fonction du milieu de résidence. Le taux net de scolarisation primaire (1<sup>er</sup> cycle fondamental) est deux fois plus élevé en ville qu'en milieu rural (64 % contre 31 % en 2001) et les écarts sont encore bien plus marqués (de 1 à 9) aux niveaux supérieurs (Coulibaly *et al.*, 2002). La capitale détient le record, avec un taux de scolarisation primaire de 76 % en 2001. Ces différences tiennent en partie aux écarts de motivation des familles à envoyer leurs enfants à l'école mais aussi aux inégalités dans la disponibilité des structures scolaires, qui conduisent les familles à renoncer à la scolarisation de leurs enfants ou à les envoyer poursuivre leur scolarisation en ville.

Malgré le développement des écoles communautaires, les inégalités régionales restent importantes. Les régions de Mopti et Kidal ont les niveaux de scolarisation les plus faibles (taux net de scolarisation inférieur à 25 % en 2001), les régions de Koulikoro et Gao ont les niveaux les plus élevés (40 % ou plus), les autres régions se situant en position intermédiaire (Coulibaly *et al.*, 2002).

**CONCLUSION**

Pays pauvre, soumis à des aléas climatiques sévères, héritier de trois décennies de marasme politique et économique, le Mali apparaît sur la scène internationale comme l'un des pays les plus défavorisés de la planète. L'évolution économique et sociale récente invite

cependant à nuancer le tableau sombre que l'on pourrait être tenté de brosser pour mettre en avant les progrès qui ont été amorcés.

Depuis l'instauration d'un régime démocratique en 1991, de nombreux chantiers ont été ouverts pour redresser l'économie nationale mais aussi impulser un processus de développement social à l'échelle du pays et de sa mosaïque de populations. La politique de décentralisation engagée en 1994 constitue ainsi le cadre de réalisation d'un ensemble de programmes : santé, scolarisation, lutte contre la pauvreté, emploi, aménagement urbain, désenclavement du pays, implantation d'unités industrielles de transformation...

Les résultats de ce plan de redressement commencent à être perceptibles. Le tableau 2 en fournit en illustration en comparant, à partir d'une sélection d'indicateurs, les performances socio-économiques du Mali au cours des années quatre-vingt-dix à celle de ses sept pays voisins. Le Mali fait partie, avec le Burkina Faso et la Guinée, des trois pays ayant connu la progression la plus nette du produit national brut par habitant, alors que cet indicateur y était en baisse au cours de la période précédente. Le poids du service de la dette dans les revenus de l'exportation a été divisé par trois entre 1990 et 2001 et le Mali se trouve en tête de classement quant à cet indicateur. C'est aussi le pays qui a connu la plus nette augmentation du taux net de scolarisation primaire au cours de la décennie, en valeur absolue et en valeur relative. Enfin le Mali affiche, par rapport à ses voisins, l'accroissement le plus élevé de l'indicateur de développement humain (IDH), un indicateur agrégé prenant en compte les données de santé, de scolarisation et de niveau de vie.

Conjointement à l'amélioration de la situation socio-économique, les progrès réalisés se perçoivent aussi dans le climat social du pays. L'investissement des populations dans le projet scolaire, le ralentissement de l'émigration internationale, la stabilité politique et le fonctionnement régulier des institutions démocratiques sont autant d'éléments qui attestent du réengagement des populations dans un projet national.

Ce climat de confiance est un atout dont le pays aura bien besoin pour poursuivre son développement. Les défis restent nombreux. Les progrès accomplis sont loin d'avoir permis un réel décollage économique ; ils ont permis de réduire les écarts socio-économiques avec les pays environnants, de s'attaquer au retard accumulé mais pas de le résorber. La poursuite, sinon l'accélération, de la dynamique de développement engagée nécessitera une mobilisation forte et un investissement public d'autant plus important qu'il s'applique à une population en phase de croissance rapide.

## ***BIBLIOGRAPHIE***

- CENACOPP (Cellule nationale de coordination des programmes de population), 2003. – *Politique nationale de population. Révision 1 (30 avril 2003)*. – Bamako, 70 p.
- CMDT (Compagnie Malienne de Développement des Textiles), 1999. – *Rapport de campagne 1998/1999*. – Direction générale, Bamako.

Tableau 2  
**Performances socio-économiques du Mali comparées à celles des pays limitrophes. 1990-2001**  
 (Sélection d'indicateurs, PNUD, 2003)

Indicateurs	Mali	Niger	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Sénégal	Maurit.	Algérie
PNB par hab. (\$US en parité du pouvoir d'achat)	810	890	1120	1490	1960	1500	1990	6090
- accrois. annuel 1990-2001 (%)	1,6	-0,9	2,0	0,1	1,6	1,1	1,2	0,1
Service de la dette (en % des exportations de biens et services). 2001.	4,5	6,6	11,0	8,1	9,2	9,3	16,5	19,5
Taux net de scolarisation primaire (%)								
- 1990-91	21	25	27	47	-	48	-	93
- 2000-01	43	30	36	64	47	63	64	98
Indicateur de développement humain (IDH)								
- 2001	0,337	0,292	0,330	0,396	-	0,430	0,454	0,704
- IDH (2001) / IDH (1990) (%)	117	111	110	94	-	114	114	109

- CONGO Youssoufou et SCHMIDT DAVID, D., 1995. – *Ajustement structurel et sécurité alimentaire en Afrique : le cas du Burkina Faso, du Mali et du Niger*. – Université de Liège, Administration générale de la coopération au développement, 103 p.
- COULIBALY Ishaga *et al.*, 2002 – Caractéristiques des ménages des enquêtées, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 13-24 – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- CPS-MEN (Cellule de planification et de statistique, Ministère de l'éducation nationale), 2002. – *Annuaire statistique de l'éducation*. – Bamako.
- DNSI (Direction nationale de la statistique et de l'informatique), 1993. – *Mali, profil de la pauvreté*. – Bamako.
- FARGUES Philippe et NASSOUR Ouaidou, 1988. - *Douze ans de mortalité urbaine au Sahel. Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako 1974-85*. - Paris, PUF 198 p. (Travaux et documents de l'INED, n° 123).
- INRSP (Institut national de la recherche en santé publique), 2003. – Site internet : [http://www.gfmer.ch/Activites\\_internationales\\_Fr/INSRP.htm](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/INSRP.htm) (Consultation du 10 mars 2004).
- KASSIBO Bréhima., 1997. – *La décentralisation au Mali : état des lieux*. – Hamburg, Lit verlag, APAD Bulletin n° 14.
- LANGE Marie France et Olivier GISSELBRECHT, 1999. – L'évolution de la scolarisation, *in* : Philippe BOCQUIER et Tiéman DIARRA (coordonné par), *Population et société au Mali*, p. 161-176. – Paris, L'Harmattan, 204 p.
- MATCL (Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales), 2001 – *La politique de décentralisation au Mali de 1992 à nos jours : acquis, faiblesses et perspectives*. – Bamako, 25 p.
- MDRE-CPS (Ministère du développement rural et de l'eau, Cellule de planification et de statistique), 1997. – *Programme Économie des Filières. Bilan agricole 1996-1997* – Bamako.
- MEFPT (Ministère de l'emploi, de la fonction publique et du travail), 2001. – *Annuaire statistique du marché du travail*. – Bamako, Agence nationale pour l'emploi.
- MEN (Ministère de l'éducation nationale), 2004. – *Effectifs des étudiants de l'Université de Bamako au titre de l'année scolaire 2003-2004*. – Bamako, Rectorat de l'Université de Bamako, Division de la scolarité et de l'information.
- MEPI (Ministère de l'économie, du plan et de l'intégration), PNUD, Banque Mondiale, 1998. – *Rapport annuel sur le développement humain durable*. – Bamako
- MINISTERE DE LA SANTE, 2003. – *Direction nationale de la santé. Système local d'information sanitaire, bulletin 1<sup>er</sup> semestre, novembre 2003*, Bamako
- MPCI (Ministère du plan et de la coopération internationale), Direction nationale de la planification, 1991. – *Déclaration de la politique nationale de population du Mali (8 mai 1991)*. – Bamako, 47 p.
- MS-MDSSPA (Ministère de la santé, Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées), 2003. – *Programme de développement sanitaire et social 1998-2002. Rapport d'activités 2003 du PRODESS, version provisoire*. – Bamako
- MS-MDSSPA (Ministère de la santé, Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées), 2004. – *Programme de développement sanitaire et social 1998-2002. Rapport technique des structures centrales, version février 2004*. – Bamako

- MTFP-MDCEFP (Ministère du travail et de la fonction publique, Ministère délégué chargé de l'emploi et de la formation professionnelle), 2003. – *Bilan de l'emploi 2002 : étude sur la structure des emplois dans la Fonction Publique*. – Bamako, Agence nationale pour l'emploi.
- PNUD (Programme des Nations unies pour le développement), 2003. – *Rapport mondial sur le développement humain 2003. Les objectifs du millénaire pour le développement: Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. – Paris, Economica, 376 p
- PNUD-MALI, 2002a. – *Bilan commun de pays. Mali 2001*. – 61 p. [<http://www.ml.undp.org/>]
- PNUD-MALI, 2002b. – *Le programme d'appui au processus de décentralisation financé par les volontaires des Nations unies*. – 2 p. [<http://www.ml.undp.org/>]
- PNUD-MALI, 2002c. – *Rapport sur la situation économique et sociale du Mali*. – 45 p. [<http://www.ml.undp.org/>]
- SALL Alioune, 1994. – *Quelle école au Mali ? Textes fondamentaux 1962-1994*. – Bamako, SODIFI, 331 p.
- TRAORE Baba *et al.*, 1989. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1987* – CERPOD ; Bamako, Institute for Resource Development, Columbia, 187 p.
- TRAORE NAFO Fatoumata, 2001. – *Accès aux services de santé de base au Mali, enjeux et objectifs, défis et perspectives*. – Communication au Symposium international Santé et développement, Bâle, 4 décembre 2001, 8 p.
- TRAORE Seydou Moussa, 1999. – La répartition spatiale de la population, *in* : Philippe BOCQUIER et Tiéman DIARRA (coordonné par), *Population et société au Mali*, p. 21-30. – Paris, L'Harmattan, 204 p.
- TRAORE Seydou Moussa et Mamadou Basséry BALLO, 2002 – Planification familiale, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 57-81 – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- UNITED NATIONS, 2003. – *World population prospects : the 2002 revision*. – New-York, Population Division, Department of economic and social affairs, 939 p. et CD-rom
- WORLD BANK, 2003. – *Mali at a glance*. – 2 p. [<http://www.worldbank.org/>]



**ANNEXE 1**

**Évolution de la population du Mali.**

Estimations des Nations unies (United Nations, 2003)  
et données censitaires (1976, 1987, 1998).

Sources et années	Effectifs (en millions)
Enquête démographique nationale	
1960-61	3,7
Recensement général de la population	
1976	6,4
1987	7,7
1998	9,8
Estimations des Nations unies	
1950	3,5
1955	3,9
1960	4,4
1965	5,0
1970	5,6
1975	6,3
1980	7,0
1985	8,0
1990	9,0
1995	10,4
2000	11,9
Projections des Nations unies <sup>(1)</sup>	
2005	14,1
2010	16,8
2015	19,8
2020	23,2
2025	27,0
2030	31,2
2035	35,7
2040	40,3
2045	44,7
2050	49,1
(1) Hypothèse médiane.	

## ANNEXE 2

**Mouvement de la population : taux bruts de natalité et de mortalité,  
taux d'accroissement naturel et global (‰)**

Estimations des Nations unies (United Nations, 2003)  
et données censitaires (1976, 1987, 1998).

Sources et années	Taux brut de natalité (‰) TBN	Taux brut de mortalité TBM (‰)	Taux d'acc.. naturel (‰) TAN (1)	Taux de migration nette (‰) TMN	Taux annuel d'accroiss. r (‰) (2)
<b>Recensement général de la population</b>					
1976	43,2	18,1	25,1	–	–
1987	50,0	13,0	37,0	–	–
1998	49,1	9,7	39,4	–	–
1976-87	–	–	–	–	1,8
1987-98	–	–	–	–	2,2
<b>Estimations des Nations unies</b>					
1950-55	53,5	31,3	22,2	-0,11	2,2
1955-60	53,4	29,7	23,7	-0,24	2,4
1960-65	53,0	28,3	24,7	-1,06	2,4
1965-70	52,3	26,6	25,7	-1,89	2,4
1970-75	51,6	25,3	26,3	-3,36	2,3
1975-80	51,0	23,1	27,9	-5,25	2,3
1980-85	49,8	19,6	30,2	-5,81	2,4
1985-90	49,6	18,3	31,3	-5,65	2,6
1990-95	49,7	17,3	32,4	-5,37	2,7
1995-00	49,8	16,9	32,9	-5,10	2,8
<b>Projections des Nations unies (3)</b>					
2000-05	49,9	16,2	33,7	-3,77	3,0
2005-10	49,1	14,8	34,3	-2,58	3,2
2010-15	46,4	13,2	33,2	-1,65	3,2
2015-20	43,8	11,7	32,1	-1,41	3,1
2020-25	41,2	10,3	30,8	-1,22	3,0
2025-30	38,2	8,9	29,2	-1,06	2,8
2030-35	34,7	7,7	27,0	-0,90	2,6
2035-40	31,1	6,9	24,2	-0,81	2,3
2040-45	27,7	6,4	21,3	-0,73	2,1
2045-50	25,1	6,3	18,8	-0,66	1,8
1) TAN = TBN – TBM ; 2) r = TAN – TMN, 3) Hypothèse médiane.					

ANNEXE 3  
Structure de la population selon le sexe et l'âge (effectifs). Recensements nationaux de 1976, 1987, 1998.

Âge (en années)	1976			1987			1998		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-4	587 015	589 394	1 176 409	718 151	711 409	1 429 560	839 795	824 505	1 664 300
5-9	492 272	482 851	975 125	631 761	609 765	1 241 526	830 211	797 057	1 627 268
10-15	342 807	321 959	664 766	451 102	413 058	864 160	637 495	589 603	1 227 098
15-19	308 607	333 508	642 115	347 345	378 374	725 719	492 480	529 270	1 021 750
20-24	218 391	265 842	484 233	259 552	314 805	574 357	364 333	409 584	773 917
25-29	200 095	267 018	461 113	230 587	305 639	536 226	292 369	355 661	648 030
30-34	185 729	225 950	411 679	198 985	244 717	443 702	264 339	307 795	572 134
35-39	161 383	165 949	327 332	178 089	201 095	379 184	233 444	250 908	484 352
40-44	139 426	147 829	287 255	156 580	169 244	325 824	194 819	206 963	401 782
45-49	111 330	98 453	209 783	131 802	131 915	263 717	156 517	152 498	309 015
50-54	104 619	103 607	208 226	116 685	119 661	236 346	136 501	144 168	280 669
55-59	77 578	62 917	140 495	95 161	87 167	182 328	107 461	97 861	205 322
60-64	76 620	81 466	158 086	89 512	91 112	180 624	100 684	101 019	201 703
65-69	40 279	36 832	77 111	60 436	55 537	115 973	69 606	60 273	129 879
70-74	31 890	37 747	69 637	40 116	41 977	82 093	54 940	52 420	107 360
75-79	17 149	16 730	33 879	21 030	20 585	41 615	29 751	25 240	54 991
80 et plus	28 146	32 759	60 905	24 988	27 942	52 930	24 404	23 928	48 332
Non connu	397	374	771	8 829	11 635	20 464	26 874	26 136	53 010
Total	3 123 733	3 271 185	6 394 918	3 760 711	3 935 637	7 696 348	4 856 023	4 954 889	9 810 912

## ANNEXE 4

**Répartition (%) de la population par grands groupes d'âges (0-14, 15-64, 65 et plus) et rapport de dépendance (nombre d'individus âgés de 0-14 ans et de 65 ans et plus, pour 100 individus âgés de 15-64 ans).**

Estimations des Nations unies (United Nations, 2003)  
et données censitaires (1976, 1987, 1998).

Sources et années	0-14 ans (%)	15-64 ans (%)	65 ans et plus (%)	Total	Rapport de dépend. (%)
<b>Recensement général de la population</b>					
1976	44,1	52,1	3,8	100	92
1987	46,1	50,1	3,8	100	99
1998	46,3	50,2	3,5	100	99
<b>Estimations des Nations unies</b>					
1955	45,2	52,9	1,9	100	89
1960	45,2	52,9	1,9	100	89
1965	45,4	52,6	1,9	100	90
1970	46,0	52,1	2,0	100	92
1975	46,4	51,5	2,0	100	94
1980	47,0	50,9	2,1	100	97
1985	47,6	50,1	2,2	100	99
1990	48,2	49,5	2,3	100	102
1995	48,6	49,0	2,4	100	104
2000	49,1	48,5	2,4	100	106
<b>Projections des Nations unies <sup>(1)</sup></b>					
2005	49,4	48,3	2,4	100	107
2010	49,3	48,5	2,2	100	106
2015	48,7	49,2	2,1	100	103
2020	47,5	50,5	2,0	100	98
2025	45,9	52,1	2,0	100	92
2030	44,1	53,8	2,1	100	86
2035	42,1	55,7	2,2	100	79
2040	39,6	58,0	2,4	100	72
2045	36,7	60,5	2,8	100	65
2050	33,9	62,9	3,2	100	59
(1) Hypothèse médiane.					

**ANNEXE 5**  
**Effectifs de population, densité de population et taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen par région.**  
 Recensements nationaux de 1976, 1987 et 1998.

Régions	Effectifs de population (milliers)			Densité de population (nombre d'habitants au km <sup>2</sup> )			Taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen (%)	
	1976	1987	1998	1976	1987	1998	1976-87	1987-98
Kayes	873	1 067	1 374	7,2	8,9	11,5	1,8	2,3
Koulikoro	932	1 198	1 571	10,0	12,5	16,4	2,3	2,4
Sikasso	1 098	1 311	1 782	15,3	18,7	25,3	1,6	2,8
Ségou	1 082	1 340	1 675	18,3	20,7	25,4	1,9	2,0
Mopti	1 129	1 283	1 479	14,2	16,2	18,7	1,2	1,3
Tombouctou	490	459	477	1,0	0,9	0,9	-0,6	0,3
Gao <sup>(1)</sup>	371	381	395	1,2	1,2	1,2	0,2	1,3
Kidal <sup>(1)</sup>			42			0,2		
Bamako	419	658	1 016	2457,2	2612,2	4032,2	4,0	3,9
Ensemble	6 395	7 696	9 811	5,1	6,2	7,9	1,8	2,2

(1) Les données des recensements 1976 et 1987, ainsi que les taux d'accroissement intercensitaires portent sur l'ensemble des régions de Gao et Kidal.

*PREMIERE PARTIE*

*LES GRANDS DEFIS DEMOGRAPHIQUES*

*DANS LE MONDE*



## **Chapitre 2**

# **LA FIN DE LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE, SOULAGEMENT OU INQUIETUDE ?**

*Jacques Vallin*

*Institut national d'études démographiques  
(INED, Paris, France)*



Après avoir été extrêmement lente et précaire pendant des millénaires, la croissance de la population mondiale s'est soudain accélérée, au XIX<sup>e</sup> siècle d'abord, sous l'impulsion de changements intervenus en Europe, puis, à nouveau, au XX<sup>e</sup> siècle, quand ces mêmes changements ont gagné sur un mode encore plus vif le reste du monde, au point que nombre d'auteurs en sont venus à parler, surtout dans les années soixante et soixante-dix, d'explosion démographique, quand ce n'est pas de bombe « P » comme Population.

Quel que soit le qualificatif, cette évolution de la population mondiale constitue un événement majeur dans l'histoire de l'humanité à un double titre. En premier chef parce qu'elle résulte d'un immense progrès, la baisse de la mortalité, qui a aussi permis à un nombre de plus en plus grand de nouveau-nés de survivre jusqu'à l'âge adulte ou même d'accéder à la vieillesse. C'est ce progrès qui, tant que la fécondité n'est pas à son tour maîtrisée pour s'adapter à la nouvelle situation, produit la phase d'accroissement exceptionnelle que connaissent presque toutes les populations en transition. En second lieu parce, si elles n'en sont pas, loin de là, les seuls déterminants, on sait combien ces changements démographiques sont facteurs de difficultés économiques, sociales, politiques, écologiques. À l'échelle du monde, ce sont la prospérité, la paix et la qualité de l'écosystème qui sont en jeu.

Aujourd'hui la croissance de la population mondiale se ralentit d'année en année car presque toutes les populations sont entrées dans cette deuxième phase de la transition, celle où, à son tour la fécondité diminue, tendant à rétablir l'équilibre. On pourrait donc penser que le plus « dur » est fait et que les défis de la croissance sont derrière nous.

Il n'en est rien, pour de multiples raisons. Citons en seulement trois.

La première est que les problèmes posés par la forte croissance récente sont encore loin d'être tous résolus. La seconde est que l'essentiel de la croissance qui reste à venir pèse entièrement sur les seuls pays les moins développés et économiquement les plus fragiles, notamment les pays d'Afrique sub-saharienne. La troisième, enfin, est que plus la « fin » de la transition démographique approche, moins nous sommes capables de prévoir ce qui pourra advenir par la suite car nous ne savons ni jusqu'où l'espérance de vie peut augmenter ni jusqu'où la fécondité peut tomber et que finalement le scénario hier encore majoritairement admis comme le plus probable, la stabilisation générale de la population, est sans doute aujourd'hui le moins probable.

## **LA DERNIERE PHASE DE LA TRANSITION C'EST AUSSI L'EXACERBATION DES DESEQUILIBRES.**

Avant de réfléchir à ce qui risque de se passer dans le futur, rappelons ce qui s'est passé jusqu'à présent. Dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle ou, plus exactement, de 1950 à 1987, la population mondiale a doublé, passant de 2,5 à 5 milliards d'habitants en moins de

---

Ce texte est à très peu de chose près la reproduction de la conférence prononcée le 25 février 2000 dans le cadre de l'Université de tous les savoirs, lors des célébrations de l'an 2000, et publiée dans : Yves Michaud (dir.), *Qu'est-ce que l'humain ?*, p. 202-217. – Paris, Éditions Odile Jacob, 2000, 602 p. Une version anglaise a également été publiée : *The end of the demographic transition : relief or concern ?*, *Population and Development Review*, vol. 28, 2002, n° 1, p. 105-120.

40 ans. Du jamais vu. Admettons, pour en juger, la fable qui consiste à penser que tout a commencé avec Adam et Ève et supposons que ces derniers soient nés il y a 100 000 ans, époque où certains experts situent actuellement l'apparition d'*Homo sapiens*. Combien faut-il de doubléments pour passer d'une population de 2 (Adam et Ève) à 5 milliards ? À peine 31, soit, en moyenne un temps de doublement de plus de 3000 ans ! Le temps de voir naître, grandir et mourir une grande civilisation comme la civilisation égyptienne. Alors que les enfants nés en 1950 ont tout juste eu le temps de devenir des hommes et des femmes avant que double la population du monde dans lequel ils sont nés. C'est dire l'extraordinaire bouleversement que constitue dans l'histoire des hommes ce phénomène majeur d'abord appelé *Révolution démographique* par Adolphe Landry (1934) dans les années 1930, à propos de l'Europe, puis rebaptisé *Transition démographique* par les chercheurs américains, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale alors qu'il se généralisait en gagnant les pays du Sud (Kirk, 1944 ; Davis, 1945 ; Notestein, 1945).

C'est au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle que tout a basculé. Jusqu'alors, avec bien sûr de grandes variétés de situations et d'importants aléas historiques, toutes les populations du monde avaient été soumises, durant des millénaires, à un régime démographique plutôt cruel où une forte fécondité était nécessaire pour contrebalancer une mortalité effroyable. Un enfant sur 3 seulement passait le cap de la première année de vie et guère plus de la moitié survivait à cinq ans. L'espérance de vie dépassait rarement 25 ans. Il fallait alors de 6 à 7 enfants par femme, en moyenne, pour assurer le strict remplacement des générations. Résultat que tout un corpus de règles sur le mariage, la famille et le statut des femmes, ainsi que de préceptes moraux ou religieux sur la sexualité et la procréation, se chargeaient en général de garantir. Ce fragile équilibre entre mortalité et fécondité était souvent entrecoupé de crises (épidémie, guerres, famines), parfois très violentes, et de phases de récupération, mais il n'a jamais produit, sur le long terme, qu'un accroissement extrêmement lent, sévèrement plafonné par les conditions de subsistance. Quand la conquête de nouveaux espaces ou la découverte de nouvelles techniques permettaient d'accroître la quantité de nourriture disponible, la population pouvait s'accroître, jusqu'à atteindre le nouveau plafond de densité ainsi rendu possible. Mais, que celui-ci vienne à être dépassé, la crise, sous une forme ou sous une autre, était inévitable. C'est ainsi qu'au néolithique, la découverte de l'agriculture et de l'élevage a singulièrement rehaussé le plafond de peuplement possible ouvrant la voie à un millénaire de croissance exceptionnelle (la population « mondiale » passant probablement de 15 à 150 millions entre la fin du V<sup>e</sup> au début du IV<sup>e</sup> millénaire av. J-C) mais, une fois l'essentiel des terres mis en culture, les quatre millénaires qui ont suivi ont à nouveau été marqués par un accroissement extrêmement lent, entrecoupé de graves crises de mortalité, jusque vers le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle.

S'ouvre alors une ère de grand changement, atteignant d'abord l'Europe (Vallin, sous presse, a) pour s'étendre ensuite au reste du monde (Vallin, sous presse, b).

En Europe en effet, la révolution industrielle et la transformation sociale et culturelle qui l'accompagne modifient radicalement les conditions de l'accroissement démographique. Les progrès de la médecine et de l'hygiène, mais aussi (et même surtout, dans un premier temps) le développement économique et l'amélioration de l'alimentation, induisent une baisse profonde et durable de la mortalité, tandis que l'évolution de la famille et des mœurs entraîne la fécondité sur la même voie. Amorcé en Europe du Nord-Ouest, le mouvement gagne rapidement tous les pays européens. En un siècle ou deux on passe d'une situation où

il fallait 6 ou 7 enfants par femme pour assurer le renouvellement des générations à une donne radicalement nouvelle où il en suffit d'à peine plus de 2 puisque, désormais, presque tous les enfants survivent jusqu'à l'âge de la procréation.

Mais, lors de ce passage d'un régime ancien, où une forte fécondité équilibrait une forte mortalité, à un régime nouveau, également équilibré mais à des niveaux de mortalité et de fécondité beaucoup plus bas, le décalage entre la baisse de la mortalité et celle de la fécondité bouleverse, pour un temps, les conditions de la croissance démographique. Côté mortalité, l'homme a toujours lutté pour la survie et cherché par tous les moyens à écarter la maladie et la mort, hélas, sans réel succès pendant des millénaires. Mais, quand à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle il commence enfin à se doter de moyens efficaces, ceux-ci produisent immédiatement effet et la mortalité recule. Au contraire, côté fécondité, alors que pour assurer leur survie toutes les sociétés ont ancré dans les mœurs et les mentalités le culte de la fécondité, le jour où, avec la baisse de la mortalité, il devient préférable de faire moins d'enfants, cela ne suffit pas à entraîner une baisse de la fécondité ; encore faut-il que les couples prennent conscience de la situation nouvelle et osent transgresser les règles sociales, morales ou même religieuses pour décider de maîtriser leur fécondité. Beaucoup plus que de progrès technologique ou de la découverte d'une « arme absolue » (qui ne viendra que beaucoup plus tard, avec la pilule et le stérilet), la contraception est redevable de cette mutation culturelle fondamentale qui ne peut se produire qu'après un temps de latence. D'où ce délai entre la baisse de la mortalité et celle de la fécondité, variable d'un pays à l'autre, mais (à de rares exceptions près, dont la France<sup>1</sup>) assez important pour dégager des accroissements de population sans précédent. L'expansion néolithique, aussi importante qu'elle ait été en son temps, ne s'était pourtant produite qu'à un rythme de 0,2 % l'an. Au XIX<sup>e</sup> siècle ou au début du XX<sup>e</sup>, les populations européennes ont progressé à des rythmes de l'ordre de 1 ou 1,5 % : cinq à sept fois plus vite. C'est aussi l'époque où, grâce à son commerce et à ses canons, mais aussi à ce dynamisme démographique exceptionnel, l'Europe envahit et domine le reste du monde.

Mais, ce faisant, elle déclenche aussi, dans le reste du monde, un processus conduisant, pour la troisième fois, à des rythmes d'accroissement sans précédent. Passée la phase dévastatrice de la colonisation, particulièrement sévère pour l'Amérique précolombienne, mais également de triste mémoire pour l'Afrique noire, saignée par la traite des esclaves, la domination européenne s'est accompagnée, dans le domaine de la santé, de progrès d'autant plus rapides qu'elle pouvait exporter des techniques ayant déjà fait leurs preuves. Dès l'entre-deux guerres, certains pays d'Amérique latine et d'Asie ont ainsi connu un recul important de leur mortalité. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, ces progrès se sont accélérés avec la mise au point de moyens simples de lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires et le lancement de programmes concertés, notamment avec le concours de l'OMS. Le Sri Lanka, le Mexique... ont gagné, en une ou deux décennies, autant d'années d'espérance de vie que la Suède en plus d'un siècle.

---

<sup>1</sup> Le cas de la France est assez exceptionnel en Europe. Beaucoup plus peuplée que l'Allemagne, l'Italie ou le Royaume-Uni (territoires actuels), à la veille de la Révolution, elle a aussi abordé la transition démographique de manière très différente : la fécondité y a baissé presque aussi tôt que la mortalité dès le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, et au même rythme. Elle n'a donc bénéficié durant les deux siècles qui ont suivi, jusqu'au lendemain de la seconde guerre mondiale, d'aucun accroissement exceptionnel de population.

Là aussi, la baisse de la mortalité, précédant celle de la fécondité, a créé les conditions d'une forte croissance démographique, beaucoup plus forte encore qu'en Europe puisque la baisse de la mortalité y était beaucoup plus rapide. Dans beaucoup de pays le taux d'accroissement a pu dépasser 3 % et même parfois 4 % : deux à trois fois plus qu'en Europe au XIX<sup>e</sup> siècle. D'où la prévision faite dès la fin des années cinquante d'une population mondiale de 6 milliards d'habitants en 2000 et la bataille qui a fait rage dans les années soixante et 1970 entre néo-malthusiens et anti-malthusiens. En réalité, le modèle de la transition démographique européenne indiquait la voie. Que l'on mette ou non en œuvre des politiques de limitation des naissances dans les pays du sud, la fécondité allait y baisser, en réponse à la baisse de la mortalité. Et c'est bien ce qui s'est produit, plus vite même que beaucoup l'imaginaient. Partout, aujourd'hui, le mouvement est en marche, y compris en Afrique sub-saharienne dont certains disaient encore, il y a peu, qu'elle ferait exception. Dès le début des années quatre-vingt, les Nations unies ont ainsi pu prévoir une stabilisation générale de la population mondiale qui nous mènerait probablement à 9,5 milliards en 2050 et peut-être 10 ou 11 d'ici la fin du XXI<sup>e</sup> siècle (Vallin et Caselli, sous presse a). Fin de la transition !

Un immense soulagement, évidemment, par rapport à nombre d'extrapolations plus ou moins extravagantes faites sans prendre en compte le paradigme de la transition. Mais faut-il crier victoire pour autant ?

Autant il me paraissait juste de dénoncer les exagérations de ceux qui hier forçaient le trait pour mieux stigmatiser l'irresponsable prolifération des pays du sud ou favoriser la mise en œuvre de politiques de limitation des naissances, autant il me semble nécessaire aujourd'hui de ne pas oublier que, si la fin annoncée de la transition démographique est bien la preuve de l'inanité de certaines frayeurs passées, nombre de problèmes cruciaux attendent toujours leur solution.

Avec 6 milliards d'hommes et de femmes en l'an 2000, le plus dur semble être fait : on est passé de 2,5 à 6 milliards en 50 ans ; il reste à passer de 6 à 9,5 en encore 50 ans. Derrière nous l'augmentation est de 3,5 milliards en un demi-siècle, sur 2,5 au départ, soit un accroissement de 140 % ; devant nous également 3,5 milliards en un demi-siècle, mais, partant de 6 cela ne fait plus que 60 % d'accroissement. Certes ! Néanmoins, deux points noirs s'inscrivent au tableau. D'une part, le résultat acquis aujourd'hui n'est guère brillant : 20 % de la population du monde dispose de 80 % des revenus de la planète tandis que l'immense majorité se partage les miettes. Il n'y a vraiment pas de quoi pavoiser. D'autant moins que le partage de ces miettes est lui-même très inégal. De plus en plus on doit distinguer, parmi les pays pauvres, des pays réellement en développement et des pays très pauvres dont les économies, extrêmement fragiles, sont au bord de l'effondrement.

Mais, surtout, des 3,5 milliards d'hommes supplémentaires des 50 dernières années, une part non négligeable a été directement assumée par les pays du Nord, encore en expansion démographique (Amérique du Nord, ex-URSS notamment) tandis que l'essentiel, au sud, était assumé par les pays ou régions les plus dynamiques (Chine, Asie du sud-est, Amérique latine). Au contraire, les 3,5 milliards à venir seront presque entièrement à la charge des pays ou régions actuellement les plus pauvres de la planète : Afrique sub-saharienne surtout, plus quelques pays d'Asie (figure 1).

# QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

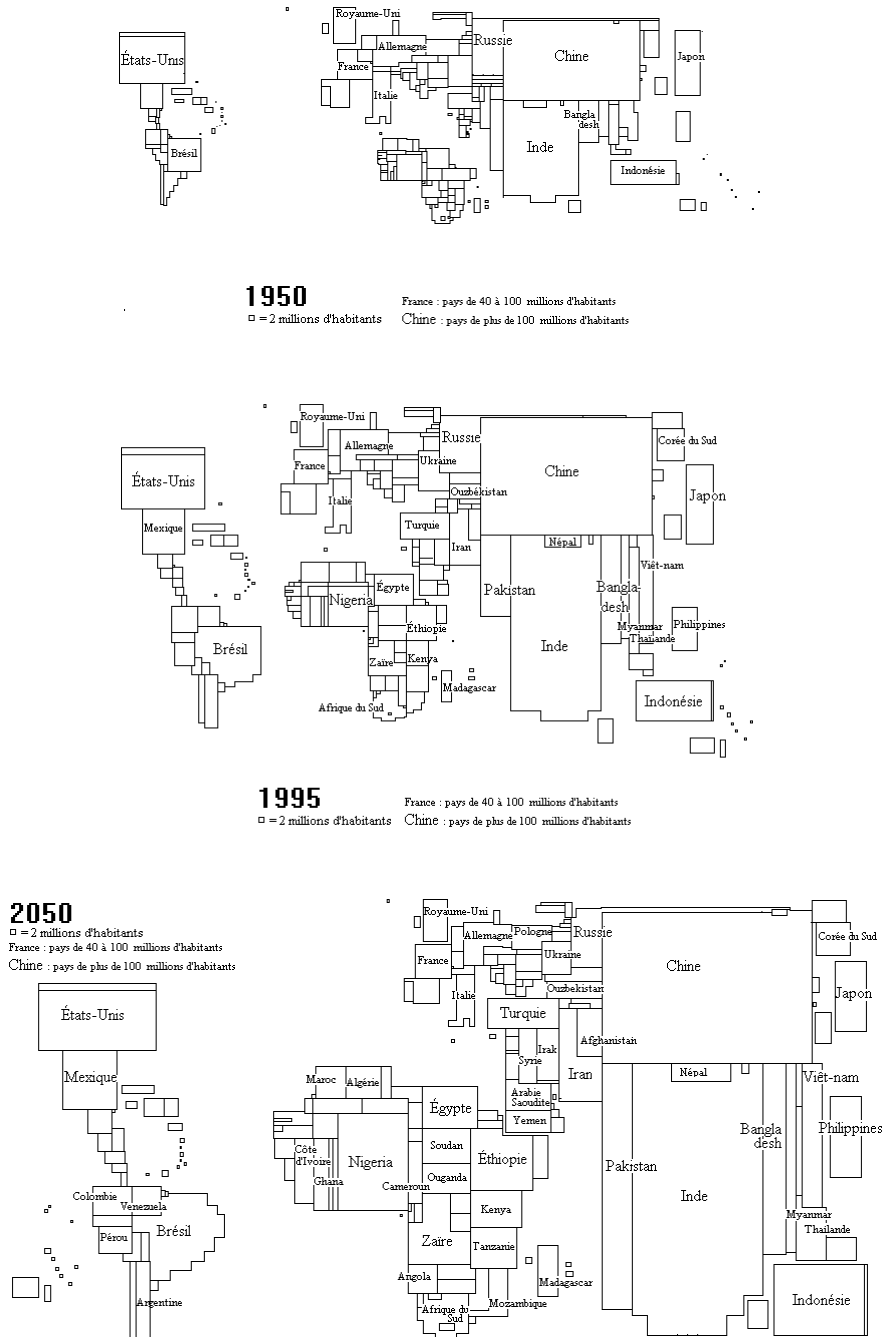


Figure 1  
**Répartition de la population mondiale en 1950, 2000 et 2050**

Si l'on rapporte l'essentiel de cette nouvelle augmentation à l'effectif des régions réellement concernées (moins de 2 milliards) c'est d'une croissance de près de 200 % qu'il s'agit. Or, non seulement ces pays sont les plus pauvres mais, contrairement à l'Asie ou à l'Amérique latine qui ont pu assumer leur plus forte croissance démographique lors de la période des « 30 glorieuses », les pays les plus pauvres d'aujourd'hui doivent le faire dans un environnement économique international défavorable.

Nous avons certes de bonnes raisons de jeter aux orties les craintes que nous n'aurions d'ailleurs jamais dû avoir hier, mais nous n'en avons que plus de nous soucier enfin de manière sérieuse de ce que, malgré nos bonnes paroles, nous n'avons cessé de remettre à plus tard : le développement économique et social des régions les plus pauvres. L'urgence de cette tâche reste d'une brûlante actualité, tout comme la recherche de méthodes de développement respectueuses de l'environnement et des grands équilibres écologiques de la planète.

La fin de la transition n'est qu'annoncée. Elle reste encore loin d'être assumée. Et ce d'autant plus que la fin de la transition n'est pas la fin de ses conséquences.

## **LA FIN DE LA TRANSITION N'EST PAS LA FIN DE SES CONSEQUENCES**

La fin de la transition peut s'entendre de diverses façons. On pourrait par exemple imaginer qu'il s'agisse du moment où la fécondité mondiale rejoindrait le niveau fatidique des 2,1 enfants par femme strictement nécessaire au remplacement des générations et s'y stabilise. Nous en serions très proches. Nombre de pays en développement, de la Chine à Cuba en passant par le Kerala et la Tunisie, y sont déjà. Et la plupart des autres y arriveront d'ici une trentaine d'années, voire une dizaine, selon les hypothèses faites par les Nations unies. Cela ne signifie pas du tout la fin immédiate de leur croissance démographique rapide. La croissance d'une population ne dépend pas seulement, à un moment donné, des niveaux de mortalité et de fécondité, mais aussi de la forme de la pyramide des âges. Le risque de mourir dans l'année est beaucoup plus grand pour un vieillard que pour un jeune enfant et donc, à espérance de vie égale, le nombre de décès observé au cours d'une année sera d'autant plus faible que la population sera jeune. De même, on ne peut évidemment pas enfanter à tout âge et, à fécondité égale, plus la proportion de femmes en âge de procréer sera grande, plus le nombre de naissances sera élevé. Plus une population est jeune, plus elle dispose d'un potentiel d'accroissement élevé. Même si dès demain toutes les Africaines réglaient leur fécondité sur le minimum nécessaire à un strict remplacement des générations, la population du continent augmenterait encore de 60 % avant de se stabiliser !

On associe plus souvent la fin de la transition au moment où le taux d'accroissement de la population devient quasiment nul, permettant à l'effectif global de la population de se stabiliser. C'est bien naturel si l'on garde les yeux rivés sur les seuls problèmes posés par la croissance démographique rapide. C'est pourtant théoriquement faux et pratiquement imprudent. En effet la transition n'est pas seulement le passage d'un régime de mortalité et de fécondité à un autre. C'est aussi une transformation de la pyramide des âges.

Tout comme la structure par âge détermine le rythme d'accroissement pouvant résulter d'une mortalité et d'une fécondité données, les évolutions de ces dernières sont, à la longue, de puissants facteurs de transformation de la composition de la population. Côté fécondité,

c'est facile à comprendre. Si les femmes ont de moins en moins d'enfants, chaque année la base de la pyramide se rétrécira un peu plus et la proportion de jeunes diminuera, tandis que celle des adultes, d'abord, puis, à la longue, celle des personnes âgées augmentera. C'est ce qu'on appelle vieillissement de la population « *par le bas* ». Côté mortalité, les choses sont un peu plus subtiles. Dans un premier temps, et c'est ce qui se passe au premier stade de la transition, l'espérance de vie augmente essentiellement grâce à la baisse de la mortalité infantile. L'effet est alors rajeunissant : moins d'enfants meurent et cela tend à gonfler les effectifs au bas de la pyramide. Ce phénomène se poursuit tant que la mortalité infantile est assez forte pour que son évolution pèse sur celle de l'espérance de vie. C'est ainsi qu'au début de la seconde phase de la transition, lorsque la fécondité commence à baisser, la baisse de la mortalité freine le vieillissement de la population par le bas. Mais, passé un certain cap, la mortalité infantile devient si basse que ce phénomène finit par s'estomper. En revanche, des progrès de plus en plus nets sont faits aux grands âges et le recul de la mortalité tend à renforcer les effectifs de personnes âgées, provoquant un vieillissement de la population « *par le haut* ».

Ce double processus de vieillissement est non seulement loin de s'achever au moment où fécondité et mortalité se figeraient au niveau propre à assurer le strict remplacement des générations, mais il perdure en général bien après celui où l'effectif global de la population lui-même se stabilise. Autrement dit, même dans cette seconde acception, la fin de la transition n'est nullement la fin des conséquences à en attendre.

On connaît bien cette question dans les pays européens où la transition est ancienne. Si l'on y fait abstraction du *baby boom*, qui au regard de ce grand processus historique fait de plus en plus figure d'accident de parcours, c'est pratiquement dans les années 1930 ou 1940 que l'on peut y situer la « fin de la transition » au sens courant du terme, le moment où les effectifs de population se stabilisent (hors migrations bien sûr). Pourtant ces pays n'en ont pas fini avec le vieillissement démographique. On a beau avoir eu le temps de s'y préparer, on a beau savoir qu'il faudrait prendre des mesures fortes pour y adapter nos économies, nos régimes sociaux, nos mœurs même, on a beau savoir que certaines de ces mesures devraient être prises sans tarder si l'on veut éviter d'avoir à les prendre dans la douleur, on ne cesse d'attendre qu'il soit trop tard...

Pourtant ce que nous vivons dans les pays du Nord est peu de chose à côté de ce qui se passera dans les pays du Sud. Si les rythmes de croissance du Sud ont atteint les sommets que l'on sait dans les années soixante-dix, c'est parce que la baisse de la mortalité y avait été beaucoup plus rapide que dans les pays européens. Mais si la période de croissance exceptionnelle a pu, fort heureusement, y être plus courte, c'est parce que la baisse de la fécondité y a été, elle aussi, beaucoup plus rapide. En France, premier pays au monde à avoir pratiqué massivement la contraception, de 1750 à 1930, il a fallu près de deux cents ans pour passer de 6 enfants par femme à un peu plus de deux. En Chine, de 1960 à 1990, il n'a fallu que trente ans pour accomplir le même changement. Certes, tous les pays du Sud n'ont pas évolué aussi rapidement, ni du côté de la mortalité ni de celui de la fécondité. Mais partout le changement a été beaucoup plus rapide qu'en Europe.

Tout comme, en cette seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, l'explosion démographique du tiers monde a fait écho à l'expansion européenne du XIX<sup>e</sup> et du début du XX<sup>e</sup>, au vieillissement en douceur des populations du Nord va correspondre, au XXI<sup>e</sup> siècle un

vieillessement accéléré des populations du Sud. Non seulement le vieillissement par le bas sera plus rapide, mais le vieillissement par le haut va s'y ajouter beaucoup plus tôt.

Sur 1,3 milliards de Chinois, 130 millions ont actuellement plus de 60 ans, soit 10 %. C'est dire si la population chinoise est encore jeune, au moment où il semble qu'elle a pratiquement accompli sa transition démographique. Cela ne saurait durer. En effet, ce à quoi la France a eu 150 ans pour s'adapter, passant de 10 % de plus de 60 ans en 1850 aux 20 % actuels, la Chine devra l'assumer en moins de 25 ans. C'est en effet, d'après les projections des Nations unies, vers 2025 que la population chinoise devrait à son tour compter 20 % de plus de 60 ans (figure 2). Il est vrai qu'en France le *baby boom* a retardé l'échéance, mais ce n'est pas la raison essentielle de la différence. Et puis, l'histoire ne s'arrêtera pas là. Ni pour la France, ni pour la Chine. Car, on l'a vu, à ce stade, le vieillissement par le haut dû à la baisse de la mortalité aux grands âges vient s'ajouter aux effets de la baisse récente de la fécondité. Même si la fécondité se maintenait, en France et en Chine à 2,1, le cap des 30 % de plus de 60 ans serait atteint, dans les deux cas, en 2050. Dans les deux cas, l'accélération du processus est frappante, mais là encore, la Chine aura moins de temps pour s'y faire que la France puisqu'elle devra faire en 25 ans le chemin que la France parcourra en 50 ans.

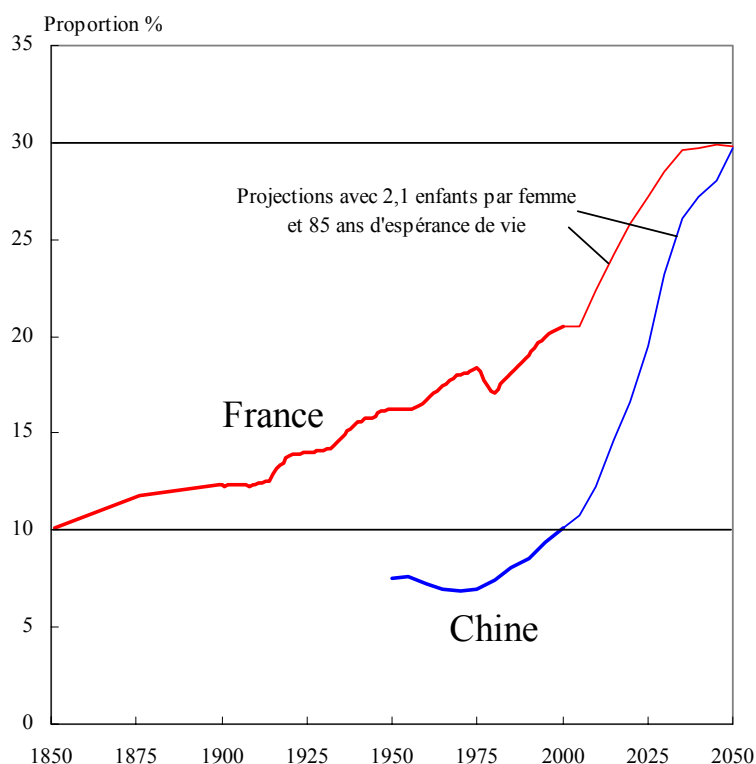


Figure 2  
**Évolution de la proportion de 60 ans et plus en France et en Chine et prévisions jusqu'en 2050.**



Le réveil, pour la Chine, sera d'autant plus dur que ce pays dispose actuellement de la pyramide des âges la plus avantageuse qui soit pour la gestion de l'économie. Au début, en effet, le vieillissement par le bas de la pyramide tend à réduire la proportion d'enfants et de jeunes, sans avoir encore eu le temps de majorer celle des vieux. S'ouvre alors une sorte d'âge d'or démographique où la proportion de personnes d'âges actifs passe par un maximum. Alors que dans les années cinquante, la moitié de la population chinoise avait entre 15 et 60 ans, cette proportion approche actuellement 65 % et devrait même dépasser les 70 % en 2010, avant de retomber brutalement les décennies suivantes. Ce phénomène n'est certainement pas sans rapport avec l'actuel succès économique de la Chine. Et ce n'est pas non plus un hasard si ce sont les pays du Sud qui en sont peu ou prou à ce stade de leur transition démographique qui bénéficient aujourd'hui des performances économiques les plus brillantes : pays d'Extrême-Orient ou d'Asie du Sud-Est et même certains pays d'Asie du Sud ou d'Afrique du Nord (la Tunisie, par exemple). Dans tous ces pays, la fécondité est en baisse rapide au moins depuis la fin des années soixante et la population d'âge actif y est à son zénith ou presque. Mais l'âge d'or sera de très courte durée. Tous ces pays seront frappés de plein fouet par un vieillissement très rapide de leur population, dès le deuxième quart du XXI<sup>e</sup> siècle.

Jusqu'où ira ce vieillissement ? Si, une fois atteint le seuil où fécondité et mortalité se répondent à nouveau pour assurer à terme le strict remplacement des générations, les choses restaient en l'état, il serait facile de dire vers quelle structure par âge nous allons. La théorie des populations stables nous enseigne en effet que, quelle que soit la structure de départ, dans ces conditions, toute population tend vers une population « stationnaire » où tous les paramètres sont constants et où la répartition par âge est entièrement déterminée par la courbe de survie. Ainsi, avec 85 ans d'espérance de vie et 2,1 enfants par femme, on aurait à terme 24 % de moins de 20 ans, 46 % de 20-59 ans et 30 % de plus de 60 ans, situation dans laquelle la France ou la Chine se trouveraient pratiquement dès le milieu du siècle prochain et vers laquelle, si telle était bien la fin de la transition, toutes les populations du monde finiraient par converger plus ou moins vite ensuite. Rien de vraiment dramatique si tant est que l'on s'y prépare assez vite.

Mais s'il est à peu près sûr que toutes les populations connaîtront peu ou prou ce type de situation dans les prochaines décennies ou les suivantes, rien ne garantit qu'une telle situation soit stable, bien au contraire. Le plus probable, c'est que la fin du grand processus historique que nous avons appelé transition démographique soit aussi la mort du paradigme du même nom.

## **LA FIN DU PROCESSUS HISTORIQUE EST AUSSI LA MORT DU PARADIGME EXPLICATIF**

À peine ce beau modèle permettait-il aux Nations unies d'oser enfin se livrer, au début des années quatre-vingt, à une splendide simulation de stabilisation générale de la population mondiale, que déjà il craquait de toutes parts. Non pas tant parce qu'il n'avait prévu ni la flambée du sida en Afrique ni la crise sanitaire des pays de l'Est européen (avatars qui, aussi funestes soient-ils, ne remettent pas en cause les fondements du modèle) mais surtout parce que les preuves n'ont cessé de se multiplier que la « fin de la transition » ne sera certainement pas celle que l'on a pu croire. L'expérience du *baby boom* de l'après guerre

aurait déjà pu nous mettre la puce à l'oreille, mais il est vrai que la seconde guerre mondiale avait bousculé tant de choses qu'on pouvait penser qu'il ne s'agissait que d'une parenthèse dans le développement d'un processus historique inéluctable. Et il en a bien été ainsi.

Mais, comment a-t-on pu laisser penser qu'après la baisse de la mortalité, après celle de la fécondité, après la phase de croissance exceptionnelle due au décalage entre ces deux phénomènes, après le bouleversement des structures par âge qui en résulte, on entrerait enfin dans une ère de stabilité générale ? Comment a-t-on pu faire croire qu'après la tempête viendrait le calme plat éternel, au simple motif que l'espérance de vie à la naissance devrait inévitablement plafonner à 85 ans et que la fécondité devrait nécessairement se stabiliser à 2,1 enfants par femme ? Rien, absolument rien, n'a jamais permis d'affirmer qu'il en serait ainsi. Au contraire, beaucoup d'indices suggèrent aujourd'hui qu'il pourrait en aller tout autrement. Hélas, je n'ai aucun nouveau paradigme, aucun modèle, aucune théorie à proposer pour y faire entrer, non pas la fin de la transition démographique, mais la suite à en attendre. Je me contenterai d'imaginer, en m'appuyant sur des faits observables aujourd'hui mais dont on ignore la portée pour demain, quelques scénarios possibles pour la fécondité et la mortalité et les conséquences que l'on pourrait en attendre, tant pour l'évolution des effectifs que pour celui de la structure par âges.

Du côté de la fécondité, depuis une bonne vingtaine d'années, dans nombre de pays du Nord, l'indicateur conjoncturel est nettement inférieur aux 2,1 enfants par femme nécessaires au remplacement des générations, parfois même très en dessous : 1,4 en Allemagne, 1,2 en Italie ou en Espagne et même 0,8 en Italie du Nord ! Dans le même temps, l'âge moyen auquel les femmes mettent au monde leurs enfants augmente, ce qui n'est peut-être pas sans rapport avec le phénomène précédent. On peut en effet imaginer que, les femmes retardant la venue d'une première grossesse, la fécondité du moment soit tombée très bas du seul fait qu'elle combine la fécondité désormais très faible de femmes ayant déjà complété leur descendance souhaitée quand elles étaient plus jeunes et celle encore très faible de femmes plus jeunes qui ont décidé de ne constituer cette descendance que plus tard. Au total les désirs de descendance finale peuvent n'avoir pas changé, mais la fécondité du moment pourrait effectivement, dans ces conditions tomber très bas au moins durant un certain temps. On peut évidemment tout aussi bien imaginer que ce soit réellement la descendance finale désirée qui change.

Forçons un peu le trait dans cette double direction<sup>2</sup>. Premier scénario, le plus simple, les couples se dirigent vers le modèle de l'enfant unique, celui que le gouvernement chinois tente d'imposer à son peuple, mais aussi celui auquel semblent bien aspirer actuellement les Italiens du Nord. Deuxième scénario, les couples ne changent pas leur désir de descendance finale et font en sorte de le maintenir à 2,1 enfants par femme mais décident de faire leurs enfants beaucoup plus tard et, pourquoi pas, profitant de progrès futurs de la médecine qui permettraient de reculer la ménopause, font passer l'âge moyen à la maternité de 30 à 50 ans. Dans les deux cas, tenons par ailleurs pour assurée l'hypothèse faite par les Nations unies d'un plafonnement de l'espérance de vie à 85 ans et considérons qu'il n'y a pas de migrations. Qu'en résulte-t-il ?

Dans le premier cas, la population va naturellement vieillir, bien au-delà de ce que l'on a pu voir tout à l'heure, mais aussi décroître, indéfiniment. Après une centaine d'années

---

<sup>2</sup> En reprenant les résultats d'un travail réalisé avec Graziella Caselli (sous presse, b).

d'un tel régime, alors que ses structures seront devenues stables, elle ne compterait plus que 8 % de jeunes de moins de 20 ans et 36 % d'adultes d'âge actif (20-59 ans) mais 56 % de plus de 60 ans ! On est bien au-delà des 30 % de vieux auxquels conduirait une fécondité de 2,1 enfants par femme. En outre, cette population, sauf à changer de comportement, serait évidemment vouée à disparaître à terme. Si l'on appliquait un tel scénario à la population mondiale dans l'état où l'aurait laissée en 2050 la projection moyenne des Nations unies, 100 ans plus tard, celle-ci se trouverait déjà divisée par trois. Encore un siècle et il ne resterait plus que 200 millions d'humains, guère plus qu'à la fin du néolithique...

Évidemment, dans le second scénario, nul risque à terme que la population disparaisse et, chose promise, chose due, on aboutirait à très long terme à la répartition par âge correspondant à la courbe de survie : 24 % de jeunes, 46 % d'actifs et 30 % de vieux. Mais d'ici là le choc serait terrible, non seulement, en quelques décennies la population perdrait la moitié de son effectif avant de pouvoir se stabiliser, mais surtout, la déformation infligée à la structure par âge serait telle que trois siècles plus tard on serait encore loin d'avoir retrouvé une structure stable. Ce serait en quelque sorte une succession incessante de classes creuses et de *baby boom*.

Sorti du paradigme de la transition démographique il n'y a donc guère de repos à attendre. Mais ce n'est pas tout. Nous pouvons aussi spéculer sur l'avenir de l'espérance de vie. Deux théories s'affrontent aujourd'hui, tant chez les biologistes que chez les démographes.

Pour certains, nous sommes tout près de buter sur la limite absolue de la longévité humaine. Du XVIII<sup>e</sup> siècle à nos jours, en faisant passer l'espérance de vie de 25 ans à près de 80 on n'a en réalité rien fait d'autre que de rapprocher la moyenne (l'espérance de vie) du maximum possible (la longévité). Seule la première était modifiable. La seconde est au contraire irrémédiablement fixée par le potentiel de vie initial inscrit dans nos gènes. On comprend aisément que plus on se rapproche du maximum, plus il devient difficile de faire progresser la moyenne. Mais il y a plus. Compte tenu de la grande variabilité des patrimoines génétiques, le maximum possible est lui-même très variable d'un individu à l'autre et le record établi par Jeanne Calment, décédée en 1997 à 122 ans n'est qu'un record, un score que ne pourra jamais atteindre qu'un tout petit nombre d'individus. C'est en suivant ce type de raisonnement que le biologiste James Fries ou le démographe Jay Olshanski pensent impossible une espérance de vie de plus de 85 ans.

Pour d'autres, au contraire, la longévité humaine serait elle-même modifiable. Plusieurs indices laissent même à penser qu'elle a peut-être déjà augmenté et qu'elle pourra le faire davantage à l'avenir. Depuis une quarantaine d'années, dans les pays les plus avancés, d'une année sur l'autre, l'âge au décès le plus élevé augmente. De plus, depuis les années soixante-dix, la mortalité aux grands âges (au-dessus de 75 ans) qui n'évoluait guère auparavant s'est brusquement mise à reculer. Mieux, le démographe James Vaupel songe à remettre en cause la sacro-sainte loi de Gompertz qui veut que la mortalité augmente exponentiellement avec l'âge, tandis que le biologiste Roy Walford (1984) pense que nous sommes bel et bien sur le point de retarder efficacement le processus de vieillissement de l'organisme humain. On peut dès lors tout imaginer.

N'allons pas jusqu'à l'extrême auquel pourraient nous pousser André Klarsfeld et Frédéric Revah (1999) en suggérant dans le livre qu'ils viennent de publier sur la *biologie de la mort* que si l'immortalité n'existe pas, ce n'est nullement par nécessité biologique, comme

on l'a toujours cru jusqu'ici, mais seulement parce qu'étant biologiquement inutile, elle n'a pas été sélectionnée par l'évolution ! Admettons seulement que la proposition de Roy Walford selon laquelle il ne serait pas impossible d'atteindre au XXI<sup>e</sup> siècle des espérances de vie de l'ordre de 150 ans se réalise. Quel effet pour nos populations ?

Remplaçons dans les scénarios précédents le postulat d'un plafond à 85 ans par un plafond à 150 ans (Vallin et Caselli, sous presse b). Cela change évidemment beaucoup les résultats, tant du côté des effectifs que de la structure. Dans le cas d'une fécondité retardée mais maintenue à 2,1 enfants par femme, cette formidable augmentation de l'espérance de vie suffirait à contrecarrer la réduction brutale due au report des maternités et permettrait à la population de retrouver à peu de chose près, à terme, son effectif initial. De même, dans le cas du passage à l'enfant unique, sans bien sûr remettre en cause la décroissance inéluctable de la population, elle retarderait cette chute de près de cent ans, ce qui laisserait tout de même largement le temps de réfléchir... Mais tout cela, au prix d'une radicalisation du vieillissement démographique. Dans le premier cas (fécondité maintenue mais retardée), bien que le remplacement des générations soit assuré, la proportion des moins de 20 ans tomberait à 15 % (au lieu de 24 avec 85 ans d'espérance de vie) tandis que celle des plus de 60 ans passerait à près de 60 % (au lieu de 30) ! Mais cela n'est rien à côté du modèle à un seul enfant par femme : il n'y aurait plus alors que 2 % de « jeunes » et 7 % d'« adultes » mais 91 % de plus de plus de 60 ans, et même 74 % de plus de 100 ans ! Bien entendu, les mots jeune, adulte, vieux ne pourraient absolument plus s'appliquer aux mêmes catégories d'âge qu'aujourd'hui. Mais comment imaginer un monde où les trois quarts des humains seraient centenaires ?

## CONCLUSION

Certes, ces derniers scénarios ne sont ni plus ni moins probables que l'hypothèse de stabilisation générale et définitive qu'était censée comporter la théorie de la transition démographique. Il est même tout à fait improbable qu'ils se réalisent tels quels. Ils ne sont là que pour signifier qu'après la formidable tempête déchaînée par la folle croissance des dernières décennies il serait bien imprudent de nous laisser endormir par la perspective rassurante de la stabilisation en cours de la population mondiale et ce pour trois raisons.

Il est impératif, sous peine de fracture économique, sociale, politique, grave au niveau planétaire, de pourvoir d'urgence au développement des régions les plus pauvres qui sont aussi celles où devront trouver place, dans les décennies qui viennent, 3,5 milliards d'hommes et de femmes supplémentaires ;

Il est tout aussi urgent de se préoccuper sérieusement de la place des différentes catégories d'âge dans des sociétés où la composition par âge se trouvera sous peu radicalement modifiée ;

Si, enfin, nous souhaitons que notre avenir démographique ressemble le plus possible à une population stationnaire, modèle qui fait disparaître tous les problèmes liés à l'évolution du nombre ou des structures, il faudrait sans doute se résoudre à des politiques volontaristes beaucoup plus audacieuses que toutes celles jamais imaginées jusqu'ici.

**BIBLIOGRAPHIE**

- DAVIS Kingsley, 1945. – The world demographic transition, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, n° 273, p. 1-11.
- KIRK Dudley, 1944. – Population change and the postwar world, *American Sociological Review*, n° février, p. 28-35.
- KLARSFELD André et REVAH Frédéric, 1999. – *Biologie de la mort*. – Paris, Odile Jacob, 290 p.
- LANDRY Adolphe, 1934. – *La révolution démographique*. – Paris, Sirey, 231 p.
- NOTESTEIN Frank, 1945. – Population, the long view, in : T. Schultz (éd), *Food for the world*, p. 36-57. – Chicago, University of Chicago Press.
- VALLIN Jacques, sous presse (a). – La transition démographique européenne: 1740-1940, in : Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. Volume V : La population dans le temps et l'espace : histoire du peuplement et prévisions démographiques*, chap. 68, p. 73-116. – Paris, INED et PUF, 420 p.
- VALLIN Jacques, sous presse (b). – De la mondialisation de la transition au retour des incertitudes (1940-2000), in : Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. Volume V : La population dans le temps et l'espace : histoire du peuplement et prévisions démographiques*, chap. 69, p. 117-162. – Paris, INED et PUF, 420 p.
- VALLIN Jacques et CASELLI Graziella, sous presse (a). – Les projections de population mondiales des Nations unies, in : Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. Volume V : La population dans le temps et l'espace : histoire du peuplement et prévisions démographiques*, chap. 77, p. 321-380. – Paris, INED et PUF, 420 p.
- VALLIN Jacques et CASELLI, Graziella, sous presse (b). – L'avenir de l'humanité à plus long terme : après la transition, in : Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. Volume V : La population dans le temps et l'espace : histoire du peuplement et prévisions démographiques*, chap. 78, p. 321-380. – Paris, INED et PUF, 420 p.
- WALFORD Roy, 1984. – *La vie la plus longue*. – Paris, Laffont.

## **Chapitre 3**

# **GRANDS DEFIS EN MATIERE DE SURVIE ET DE DEVELOPPEMENT HUMAIN AU SAHEL**

***Baba Traoré***

*Centre d'études et de recherche sur la population et le développement,  
Institut du Sahel  
(CERPOD-INSAH, Bamako, Mali)*

Les populations du Sahel subissent les contraintes d'un environnement particulièrement difficile. La concentration des pluies sur quelques mois de l'année ne permettant la réalisation que d'une saison agricole, la désertification, les aléas pluviométriques se traduisant périodiquement par des sécheresses sévères sont autant de facteurs qui concourent à la fragilité économique des pays et freinent leur développement. Au lendemain de la grande sécheresse des années soixante-dix, les pays sahéliens ont décidé de fédérer leurs moyens pour une meilleure prise en considération de ces contraintes écologiques. Le Comité permanent inter-États de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS) a ainsi été créé en 1973, avec le mandat de s'investir dans la recherche de la sécurité alimentaire et la rationalisation de la gestion des ressources naturelles. Cette organisation internationale regroupe 9 pays : le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Gambie, la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Tchad.

La dimension démographique fait partie intégrante des préoccupations du CILSS. En effet les conditions écologiques pèsent sur les structures démographiques : les contraintes écologiques freinent le progrès agricole, concourent à la fragilité économique et jouent sur le niveau de la mortalité ; elles contribuent par-là même au maintien de la forte fécondité, pour assurer le renouvellement de la main d'œuvre familiale, assurer le remplacement des enfants décédés et la prise en charge des plus âgés. Réciproquement l'accroissement de la population génère une pression sur les ressources et contribue à la dégradation de l'environnement.

Ce chapitre propose un bilan de la situation démographique des pays du CILSS<sup>1</sup>, en matière de mortalité et de santé, de fécondité, et de croissance démographique.

Il s'appuie sur les indicateurs publiés par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD, 2003) et la Division de la population des Nations unies (United Nations, 2003).

## **Une espérance de vie qui augmente, mais encore trop lentement**

Avec une espérance de vie moyenne à la naissance de l'ordre de 48 ans, les pays du Sahel figurent parmi les pays ayant la plus forte mortalité au monde (figure 1). La durée de vie moyenne y est inférieure de plus de 17 ans à celle de l'ensemble des pays en développement, et de près de 28 ans par rapport à l'ensemble des pays développés. Des progrès ont cependant été accomplis depuis les années soixante-dix, la durée de vie moyenne ayant augmenté d'environ 8 ans. Alors que le Sahel avait une espérance de vie plus faible que la moyenne sub-saharienne en 1970-75, la comparaison s'établit aujourd'hui à son avantage. Mais le renversement de situation ne s'explique qu'en partie par l'amélioration de la situation sahélienne, il tient bien davantage aux conséquences de l'épidémie de sida, plus développée dans les autres parties de l'Afrique, qui a conduit à une diminution de l'espérance de vie dans bien des pays depuis le milieu des années quatre-vingt (voir chapitre 4). L'écart avec la moyenne des pays en développement s'est en revanche creusé : le recul de la mortalité dans le Sahel a été plus lent qu'ailleurs.

---

<sup>1</sup> Dans ce texte, le terme de « populations sahéliennes » fait référence aux pays du CILSS.

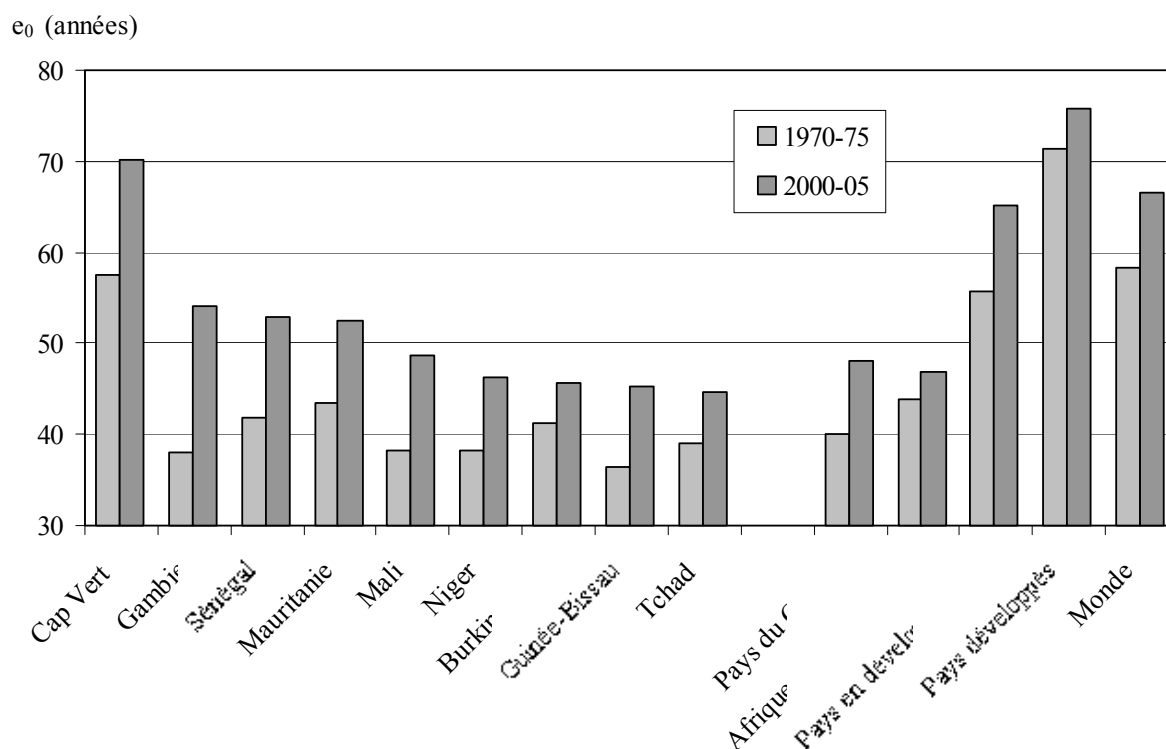


Figure 1

**Espérance de vie à la naissance ( $e_0$ ). Périodes 1970-75 et 2000-05 (estimations).**  
(classement des pays selon l'espérance de vie en 2000-05)

Tous les pays du CILSS ont connu une augmentation de l'espérance de vie au cours des trente dernières années mais avec une certaine diversité dans le rythme de la baisse de la mortalité. L'île du Cap Vert doit être traitée à part ; elle connaissait dès les années 1970-75 un niveau de mortalité bien plus faible que les autres pays du CILSS et son espérance de vie au début de ce millénaire (70 ans) la place dans une position bien plus proche des pays développés que des pays de l'Afrique de l'Ouest continentale. Les gains d'espérance de vie enregistrés depuis les années soixante-dix dans les autres pays varient entre 4 et 16 ans. Aujourd'hui tous les pays ont atteint une espérance de vie de 45 ans ou plus ce qui n'était le cas d'aucun d'entre eux en 1970-75. Les progrès ont été particulièrement sensibles en Gambie, qui présente aujourd'hui l'espérance de vie la plus élevée de la région (54 ans) alors qu'elle se situait en avant-dernière position trente ans plus tôt (38 ans). Le Sénégal et le Mali se distinguent également par des gains d'espérance de vie de plus de 10 ans. En revanche l'augmentation a été plus modeste au Burkina Faso (4,5 ans) et au Tchad (5,7 ans), où la prévalence du VIH/sida est la plus élevée de la région (voir *infra*). La diversité des situations sahéniennes s'est ainsi accrue ; l'écart entre valeurs extrêmes de l'espérance de vie (Cap Vert exclu) est passé de 7 ans à 10 ans.



### Améliorer la survie des enfants : une étape prioritaire

Le niveau de l'espérance de vie est conditionné pour une large part par celui de la mortalité aux jeunes âges. Dans les pays du CILSS, 3 enfants sur 10 décédaient avant l'âge de 5 ans au début des années soixante-dix, et c'est encore le cas de 2 enfants sur 10 aujourd'hui. Les progrès ont été notables dans tous les pays (figure 2). Seul le Niger connaît encore aujourd'hui un risque de mortalité avant l'âge de 5 ans supérieur à 25 %, ce qui était le cas de tous les pays du CILSS (exception faite du Cap Vert) il y a trente ans.

taux (p. 1000)

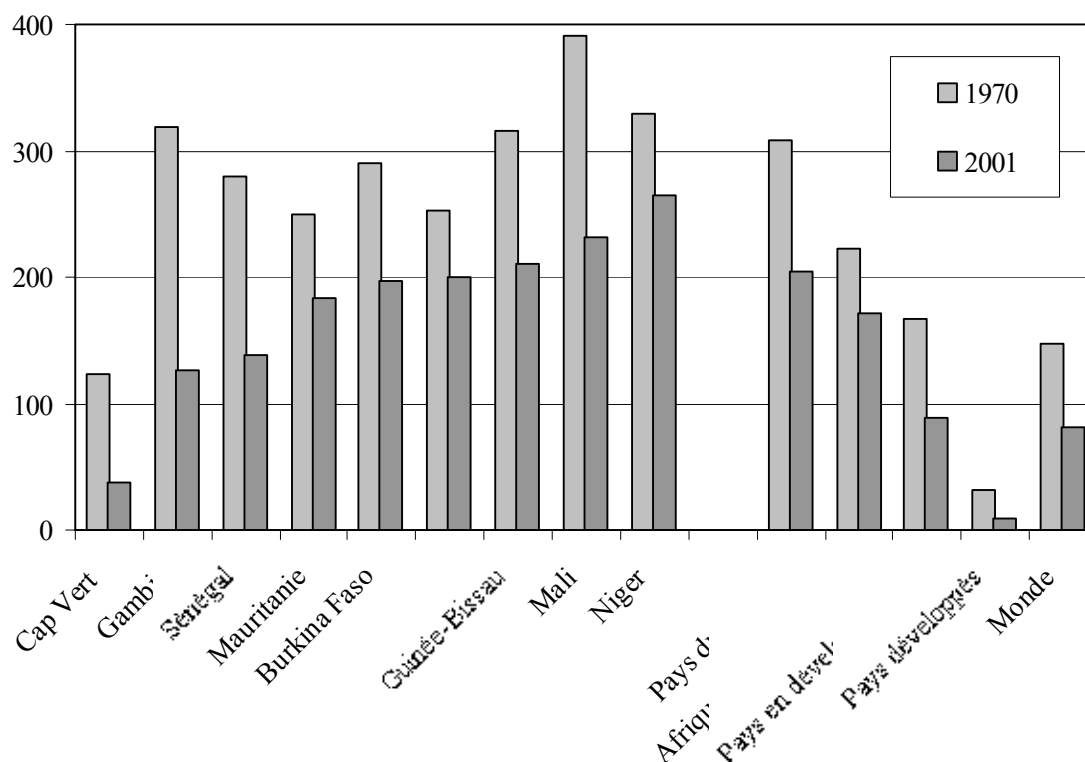


Figure 2

**Probabilité (%) de décéder avant l'âge de 5 ans. Périodes 1970 et 2001.**  
(classement des pays selon le niveau de la mortalité en 2001)

La baisse de la mortalité des enfants dans les pays du CILSS a été supérieure à la moyenne sub-saharienne (33 % contre 23 %) entre 1970 et 2001 mais insuffisante pour rattraper le retard initial. La mortalité des enfants sahéliens dépassait de près de 40 % la moyenne sub-saharienne en 1970, elle lui reste supérieure de près de 20 % aujourd'hui.

Ces décès de la petite enfance sont cependant, pour la très grande majorité d'entre eux, évitables par des moyens éprouvés de longue date ailleurs : prévention et traitement des maladies infectieuses, encadrement des accouchements et plus généralement amélioration des conditions de vie. Partout dans le monde, le recul de la mortalité des enfants a été l'élément moteur de l'allongement de la durée de vie. Les mesures de la mortalité des

enfants sont d'ailleurs reconnues comme d'excellents indicateurs sur la situation sanitaire d'un pays, mais aussi plus largement sur son niveau de développement. Le fossé entre les risques de décéder des enfants sahéliens et les moyennes mondiales, rend compte, si besoin en était, des progrès à réaliser : un enfant du Sahel encourt à sa naissance un risque de décéder dans les cinq premières années de la vie plus de 2 fois plus élevé que la moyenne enregistrée dans les pays en développement et 20 fois plus élevé qu'un enfant né dans un pays développé.

### **La malnutrition : une dimension conjoncturelle de la situation des enfants dans le Sahel**

Dans les pays du Sahel, l'insécurité alimentaire continue à peser lourdement sur la santé des enfants et leurs conditions de survie. L'insuffisance pondérale, un indicateur de malnutrition aiguë, concerne près d'un tiers des enfants âgés de moins de 5 ans dans les pays du CILSS (figure 3). Les pays enclavés enregistrent la situation la plus dramatique, deux d'entre eux (Niger et Burkina Faso) présentant une prévalence de l'insuffisance pondérale d'au moins 40 %. La situation est un peu meilleure dans les pays du Sahel maritime, peut-être en raison de l'accessibilité aux produits de la mer, mais même dans ces contextes plus favorables plus d'un enfant sur sept souffre d'une insuffisance pondérale.

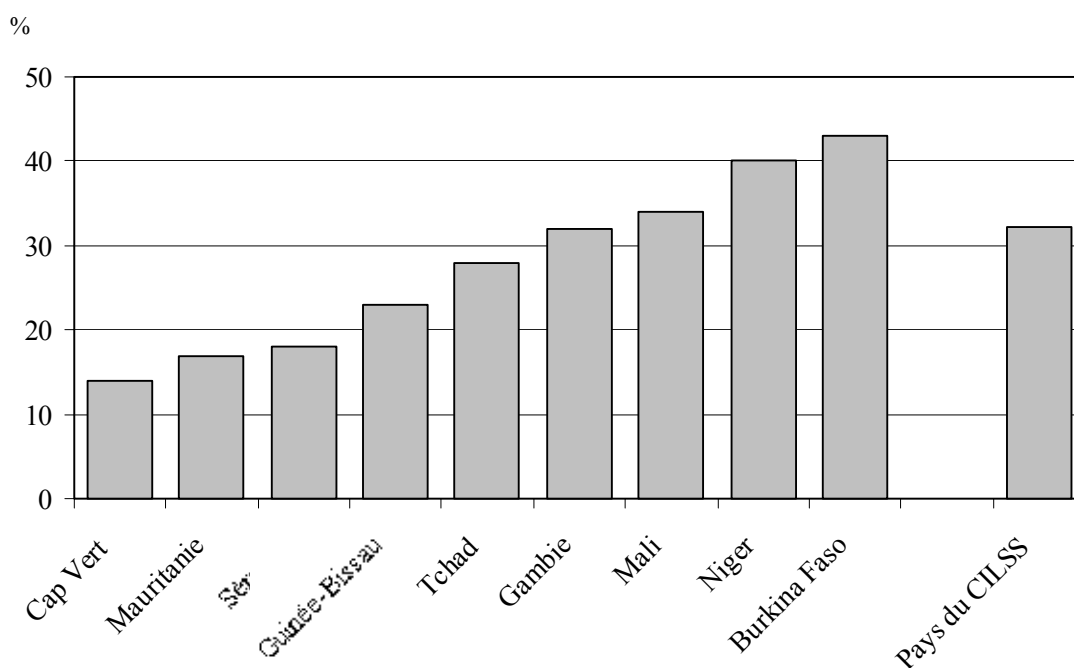


Figure 3  
**Proportion (%) d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale. 1995-2001.**  
 (Classement des pays selon la prévalence de l'insuffisance pondérale)

## Développer l'encadrement médical des grossesses : un enjeu pour la santé des mères et des enfants

Le suivi médical des grossesses et des accouchements sont des paramètres importants dans le recul de la mortalité des nouveau-nés : ils permettent d'identifier les grossesses à risque, d'assurer rapidement la prise en charge médicale des nouveau-nés en danger et, en offrant des conditions d'accouchement aseptisées, de protéger l'enfant des maladies infectieuses, notamment du tétanos néonatal, l'une des principales causes de décès dans les premières semaines de la vie. L'accouchement en structure sanitaire, quasi-systématique dans les pays développés, concerne près de 6 naissances sur 10 dans les pays en développement, mais à peine un tiers des naissances dans le Sahel (figure 4). La proportion d'accouchements réalisés avec l'assistance de personnel formé ne dépasse 40 % que dans quatre pays du CILSS et elle est inférieure à 20 % dans deux pays (Tchad et Niger). Cet indicateur, qui mesure aussi indirectement l'étendue des structures sanitaires dans le pays, s'avère de fait bien corrélé avec le niveau de la mortalité des enfants : les quatre pays où l'encadrement sanitaire des accouchements est le mieux assuré (Cap Vert, Mauritanie, Gambie et Sénégal) sont aussi ceux où la mortalité des enfants est la plus faible (figure 2).

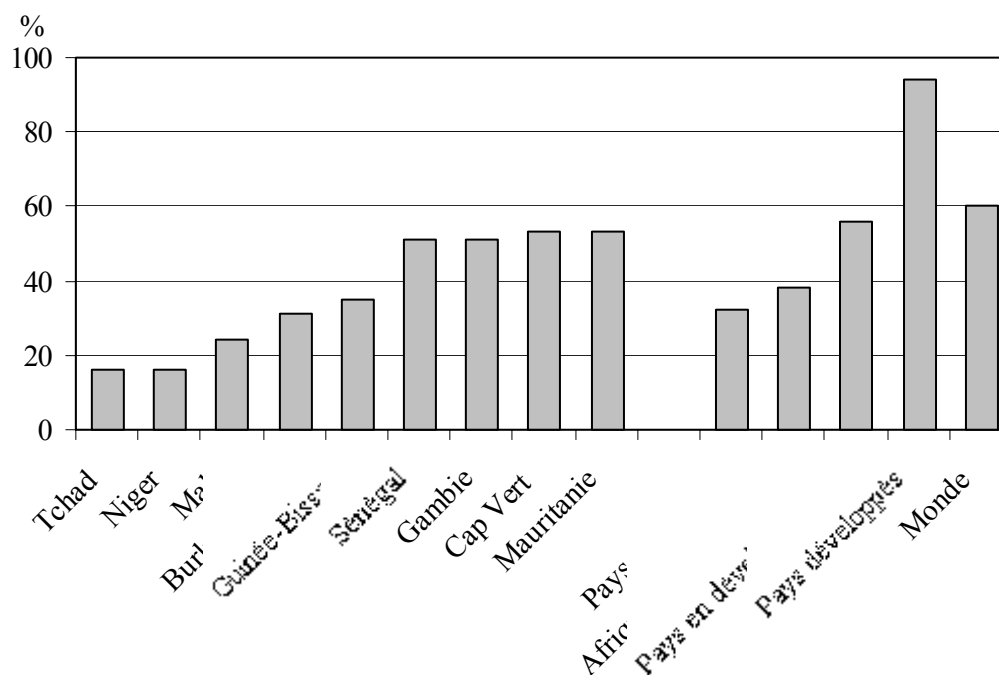


Figure 4  
Proportion (%) d'accouchements en structure sanitaire. 1995-2001.

L'encadrement sanitaire est également un facteur essentiel pour protéger la santé des mères des complications de la grossesse et de l'accouchement. Ces risques, plus élevés pour les premières grossesses des jeunes mères et pour les naissances rapprochées, touchent un grand nombre de femmes dans les pays du Sahel, où les femmes débutent jeunes leur vie féconde et où la contraception reste rare. La mortalité maternelle est de l'ordre de 630 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays du CILSS (figure 5). La Guinée Bissau, le Tchad et la Mauritanie se distinguent par une mortalité maternelle particulièrement importante (supérieure à 750 décès pour 100 000 naissances), le Cap Vert présentant au contraire un niveau relativement faible (35 pour 100 000), proche de celui des pays développés. On estime qu'en Afrique une femme sur 23 meurt des causes liées à la maternité, contre une sur 35 en Asie du Sud et une sur 10 000 femmes en Europe septentrionale.

La mortalité maternelle ne représente cependant que la partie la plus visible des conséquences des complications de la grossesse et de l'accouchement sur la santé des femmes. On estime ainsi que les décès maternels s'élèvent à près de 585 000 chaque année, mais que les femmes qui souffrent de pathologies (lésions, infections) suite aux complications de grossesse ou d'accouchement sont 15 fois plus nombreuses.

Les suites des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses font partie des causes de la mortalité maternelle (on estime que 70 000 femmes en meurent chaque année dans le monde) et constituent un aspect important à intégrer aux politiques de santé publique.

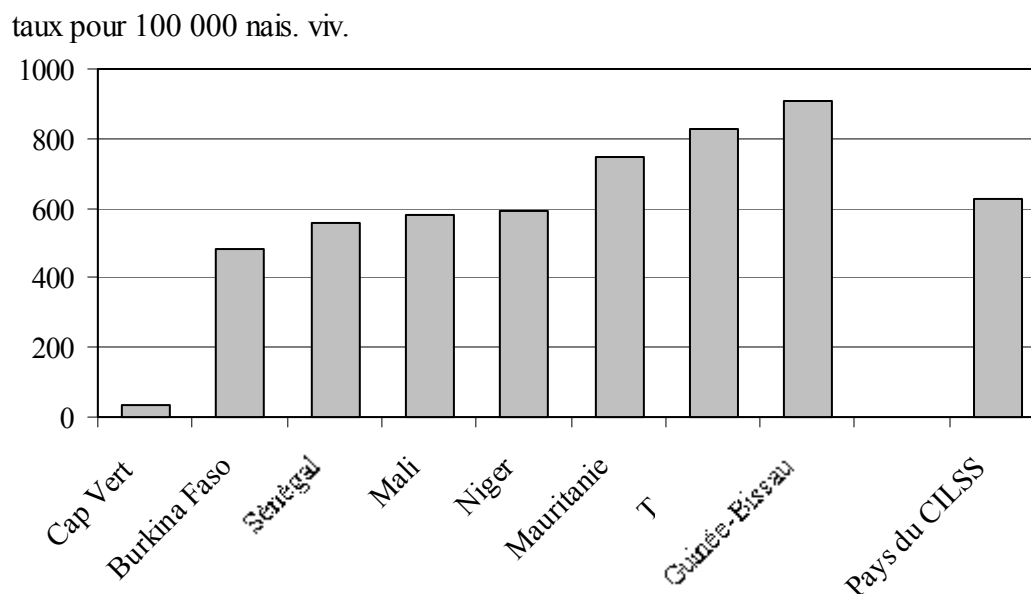


Figure 5  
**Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes. 1985-2001.**  
 (classement des pays selon le taux de mortalité maternelle)

## L'épidémie de VIH/sida : une bombe à retardement ?

L'Afrique sub-saharienne est non seulement la région du monde qui a connu les progrès sanitaires les plus lents, mais aussi celle qui est le plus violemment atteinte par l'épidémie de sida. La proportion de la population adulte (15-49 ans) infectée par le virus y est estimée à 9 % de la population adulte (15-49 ans) contre 1,3 % sur l'ensemble des pays en développement et 0,3 % dans les pays développés (figure 6). L'étendue de l'épidémie et le coût quasi-inaccessible des traitements font du sida un frein considérable à la poursuite de la baisse de la mortalité générale, se traduisant dans le meilleur des cas par un ralentissement de l'augmentation de l'espérance de vie sinon par un véritable retournement de tendance, comme cela est observé dans les pays les plus touchés d'Afrique australe et orientale.

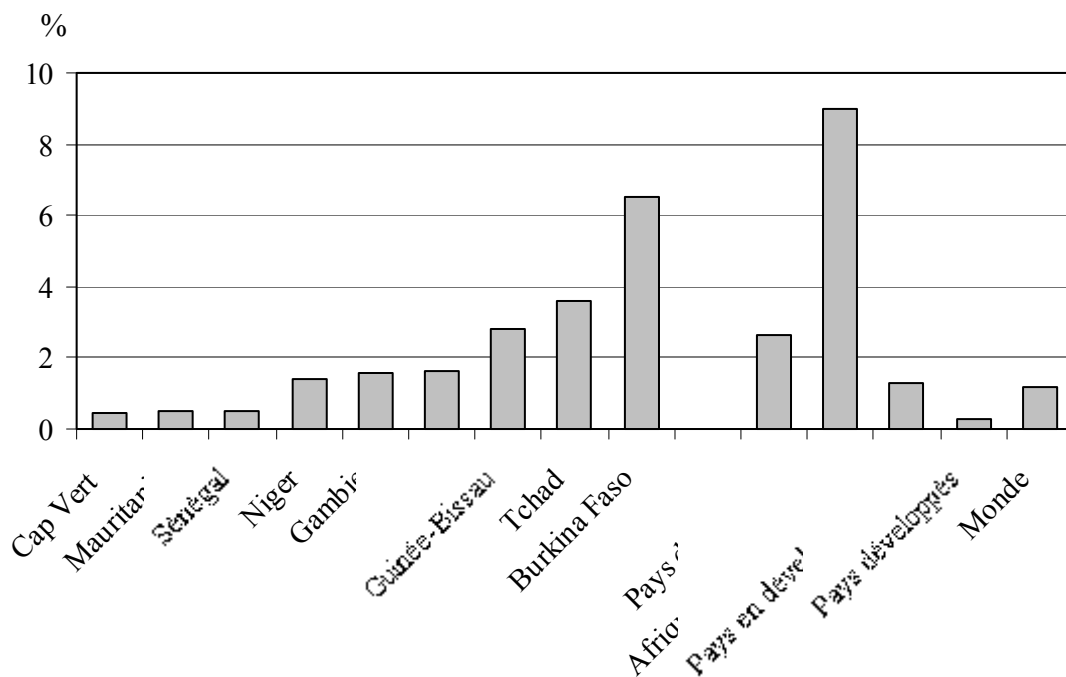


Figure 6  
**Proportion (%) d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH/sida en 2001.**  
 (classement des pays selon la prévalence du VIH/sida)

Dans ce contexte africain, la prévalence observée dans les pays du CILSS, de 2,6 % au sein de la population adulte, s'avère relativement faible. Cette situation ne signifie pas pour autant que la menace soit levée. D'une part certains pays sont plus fortement affectés, en particulier le Burkina Faso (6,5 %) et dans une moindre mesure le Tchad (3,6 %) et la Guinée Bissau (2,8 %). D'autre part, rien ne permet de penser que l'épidémie ne va pas se développer dans les autres pays, où la prévalence est encore inférieure à 2 %. L'importance des mouvements migratoires tout comme les modalités de la vie conjugale et sexuelle (multipartenariat, écart d'âges important entre partenaires, lévirat, sororat...) sont des facteurs favorables à l'extension de l'épidémie et les comportements préventifs ne sont pas encore entrés dans les mœurs. L'utilisation du préservatif est encore peu fréquente, elle tend

à augmenter chez les hommes célibataires mais reste marginale chez les hommes mariés, en particulier les polygames qui occupent pourtant une position clé dans le dispositif de transmission du virus.

Les conséquences de l'épidémie n'épargnent aucune des structures socio-économiques des pays : le VIH/sida fauche la population active, augmente le nombre d'orphelins et impose une immense charge aux systèmes de soins de santé et de sécurité sociale.

Même en situation de prévalence modérée, la mise en œuvre d'une politique déterminée de lutte contre l'épidémie doit restée une priorité.

### **Une fécondité toujours élevée**

À mortalité élevée, fécondité élevée : ce principe qui résume le régime démographique pré-transitionnel, reste dans une large mesure de règle dans les populations du Sahel. Même si la mortalité des enfants a significativement baissé, les garanties de survie des enfants restent trop incertaines pour que les familles prennent le risque de limiter leur fécondité. Mettre au monde un grand nombre d'enfants semble demeurer la stratégie potentiellement rassurante pour pouvoir compter sur la présence de descendants pendant la vieillesse. Le niveau de la fécondité dans les populations sahéliennes traduit avant tout cette valorisation de la famille nombreuse.

Dans les années soixante-dix, tous les pays du CILSS avaient une fécondité moyenne d'au moins 6,5 enfants par femme et la moyenne sahélienne était de 7,3 enfants par femme (figure 7). En ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, le niveau de fécondité reste très élevé, avec une moyenne régionale de 6,6 enfants par femme, et des moyennes nationales dépassant 6,5 enfants par femme dans cinq pays. La transition de la fécondité a cependant débuté partout en milieu urbain et s'affirme clairement au niveau national au Cap Vert, en Gambie et au Sénégal où l'indice synthétique de fécondité est passé à moins de 5 enfants par femme. Le changement est spectaculaire au Cap Vert où le niveau de fécondité a été divisé par deux en trente ans (3,3 contre 7 enfants par femme). Il traduit une transformation profonde des attentes et des comportements de fécondité : la pratique contraceptive y concerne aujourd'hui plus de la moitié des femmes. En revanche, au Sénégal et en Gambie, la baisse de la fécondité, de l'ordre de 2 enfants par femme, ne correspond pas, pour l'instant, à une évolution des pratiques de reproduction de la part des couples mais résulte principalement du recul de l'âge au mariage des femmes. La pratique contraceptive y reste faible et d'un niveau proche de celui des autres pays sahéliens, de l'ordre de 10 % (figure 8).

Le régime de fécondité élevé était partagé jusqu'au milieu des années quatre-vingt par l'ensemble des pays d'Afrique sub-saharienne ; la différence de fécondité entre le Sahel et la moyenne sub-saharienne était faible (7,3 contre 6,8 enfants par femme en 1970-75). Mais, à la différence des pays sahéliens, la plupart des autres pays sub-sahariens se sont progressivement engagés dans la transition de la fécondité et l'écart s'est creusé. Les pays du Sahel apparaissent aujourd'hui comme le dernier « bastion » de la forte fécondité, en Afrique et dans le monde<sup>2</sup> : l'écart est de 2,2 enfants par femme avec la moyenne sub-saharienne, de

---

<sup>2</sup> En dehors de l'Afrique, seuls l'Afghanistan et le Yémen présentent encore des niveaux de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme.

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

3,7 avec la moyenne des pays en développement et de 4,8 enfants avec la moyenne des pays développés.

ISF (nb enfants par femme)

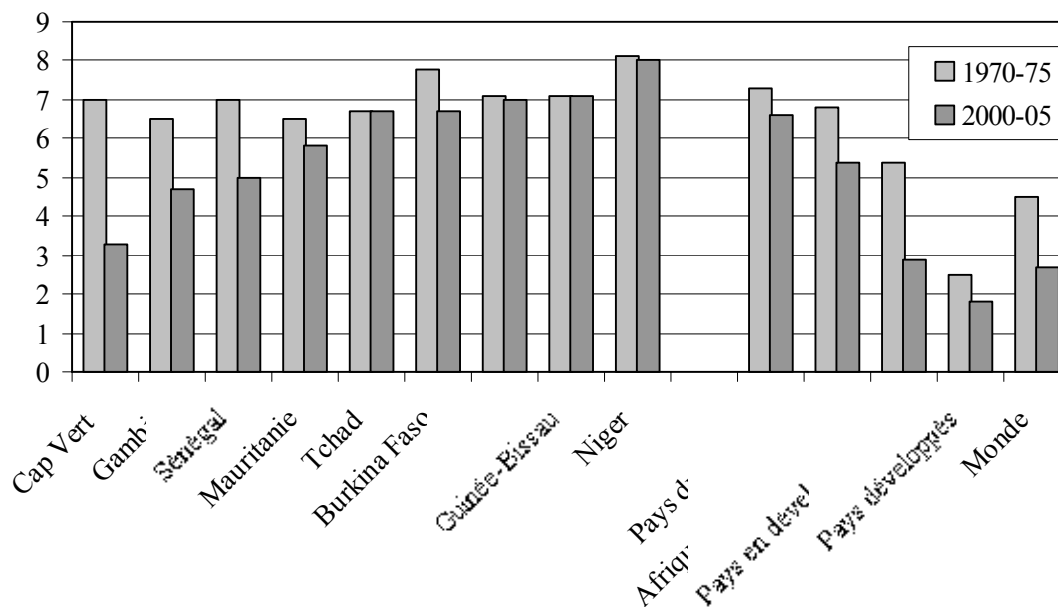


Figure 7

**Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme).  
Périodes 1970-75 et 2000-05 (estimations).  
(classement des pays selon le niveau de fécondité en 2000-05)**

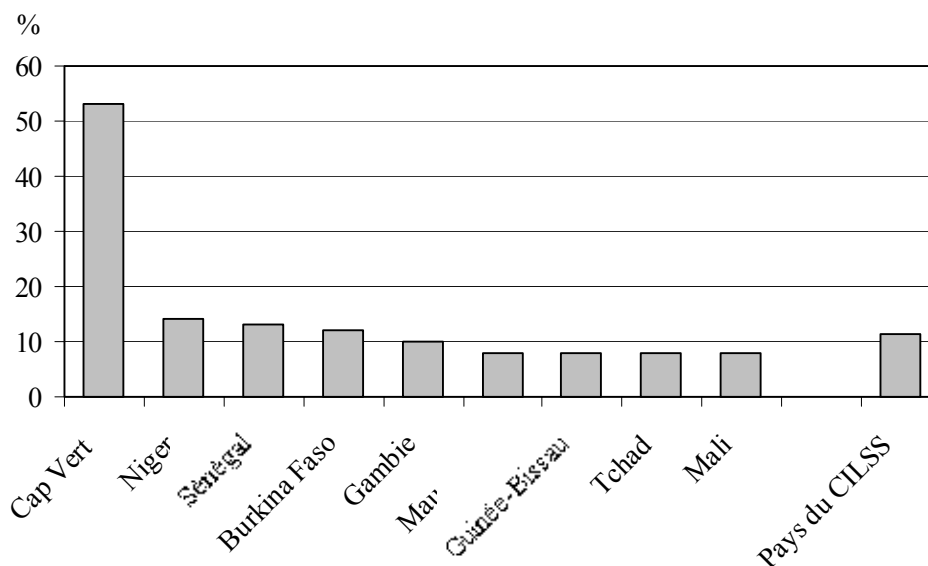


Figure 8

**Proportion (%) de femmes mariées pratiquant la contraception. 1995-2001.**

## Les défis d'une croissance démographique rapide

Conséquence de l'évolution contrastée de la mortalité et de la fécondité, les pays du Sahel connaissent une croissance très rapide de leur population. Le taux d'accroissement annuel moyen est estimé à 2,6 % sur la période 1975-2001 dans les pays du CILSS ce qui, sans changement, correspond à un doublement de la population tous les 28 ans (figure 9). À l'exception du Cap Vert, le taux d'accroissement dépasse 2,5 % dans tous les pays, avec des niveaux maximums de 3 % et plus au Niger, en Guinée-Bissau et en Gambie. Les perspectives sur les 15 prochaines années montrent que ce rythme de croissance est amené à se poursuivre. À l'exception du Sénégal et de la Gambie, le taux annuel d'accroissement pour 2001-2015 est estimé d'un niveau comparable et même généralement supérieur à celui des années 1975-2001. Sur ce point encore, l'écart se creuse entre le Sahel et le reste du monde où le rythme de croissance démographique est partout à la baisse : le taux d'accroissement démographique des pays du Sahel est supérieur de 33 % à la moyenne subsaharienne sur la période 2001-2015, alors qu'il lui était comparable sur la période 1975-2001 ; il est deux fois plus élevé que la moyenne des pays en développement et sept fois plus élevé que la moyenne des pays développés.

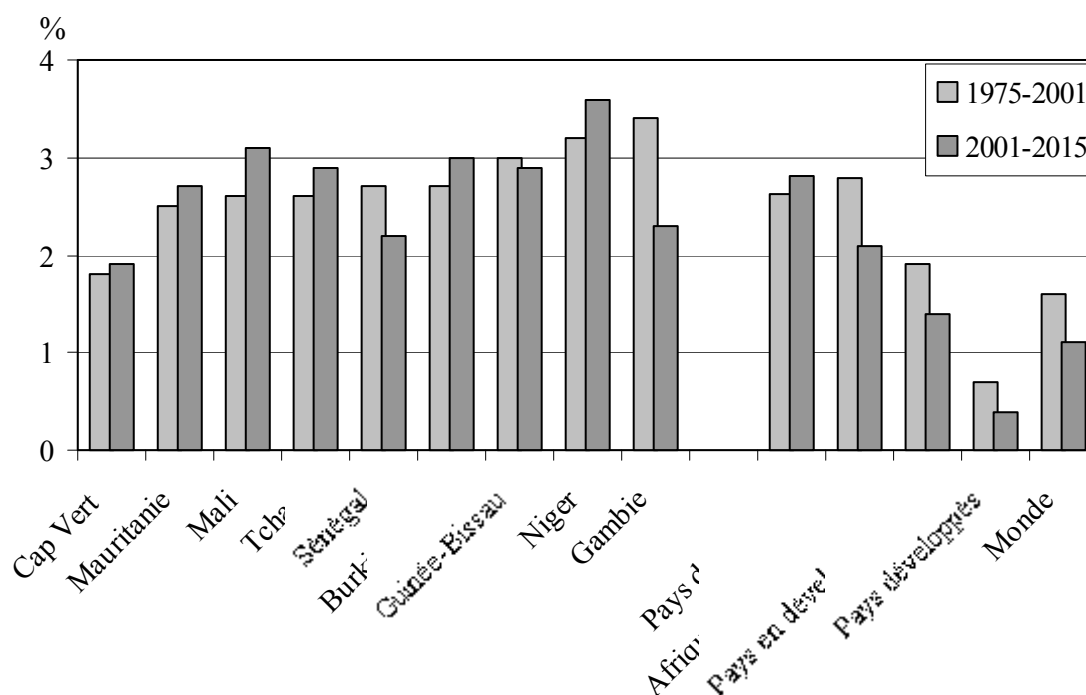


Figure 9  
**Taux d'accroissement démographique annuel moyen (%).**  
**Périodes 1975-2001 et 2001-2015 (estimations).**  
 (classement des pays selon le taux en 1975-2001)



La gestion de cet accroissement de la population constitue un défi majeur pour les pays du Sahel, et cela à plusieurs titres :

- l'augmentation rapide de la population génère une pression sur les ressources. Dans des économies dominées par l'agriculture, l'accès aux terres est un enjeu important et, sauf transformation majeure des modes de production, la pression foncière, qui se manifeste déjà, ne fera que s'accroître avec, pour corollaires probables, une détérioration de l'environnement (appauvrissement des sols, déforestation ...) et des risques de conflits et d'inégalités socio-économiques croissantes.

- l'augmentation de la population se traduira aussi par une augmentation des migrations, notamment vers les villes. Le taux de croissance des villes est trois fois plus élevé que celui du monde rural (5,6 % contre 1,9 %). Le milieu urbain regroupe actuellement un quart environ de la population sahéenne, on estime qu'il en réunira la moitié en 2025. La prise en charge de la croissance urbaine, en terme d'habitat, d'infrastructures mais aussi d'emploi, est donc un véritable enjeu.

- enfin, le maintien, et à plus forte raison le développement, des services publics de base (santé, écoles...) nécessitera une mobilisation considérable de moyens, dont le déploiement s'avère aujourd'hui déjà bien difficile.

### **Développer la scolarisation des filles : une composante incontournable d'un projet de développement pour le Sahel**

L'évolution démographique dans le Sahel requiert une réelle mobilisation politique pour répondre au risque d'appauvrissement croissant des populations et à la marginalisation de la région par rapport au reste du monde. La mise en œuvre de programmes de population, améliorant l'accessibilité et la qualité des structures de soins de santé, y compris en matière de reproduction, en constitue une dimension importante mais certainement pas suffisante. Comme l'expérience l'a prouvé ailleurs dans le monde, le développement économique et social est une condition majeure de l'évolution des comportements démographiques. La généralisation de la scolarisation, pour les femmes comme pour les hommes, en est une composante essentielle : partout le développement de l'instruction féminine est associé à une baisse de la mortalité des enfants et à une maîtrise de la fécondité. L'instruction augmente l'accès à l'information, elle améliore le statut des femmes, facilite le recours aux services publics et augmente leur pouvoir de négociation et de décision au sein de la famille.

La scolarisation a augmenté dans tous les pays du Sahel au cours des dernières décennies mais, exception faite du Cap Vert, elle est encore loin d'être généralisée. La proportion d'enfants inscrits à l'école primaire ne dépasse 60 % que dans trois pays (Gambie, Mauritanie, Sénégal) et reste inférieure à 45 % au Niger (30 %), au Burkina Faso (36 %) et au Mali (43 %) (figure 10). La sous-scolarisation des filles reste de mise partout (sauf au Cap Vert). Le rapport entre le taux de scolarisation primaire des filles et celui des garçons ne dépasse 90 % que dans les trois pays où la fréquentation scolaire est la plus élevée. Ailleurs on compte à peine 6 ou 7 filles scolarisées pour 10 garçons.

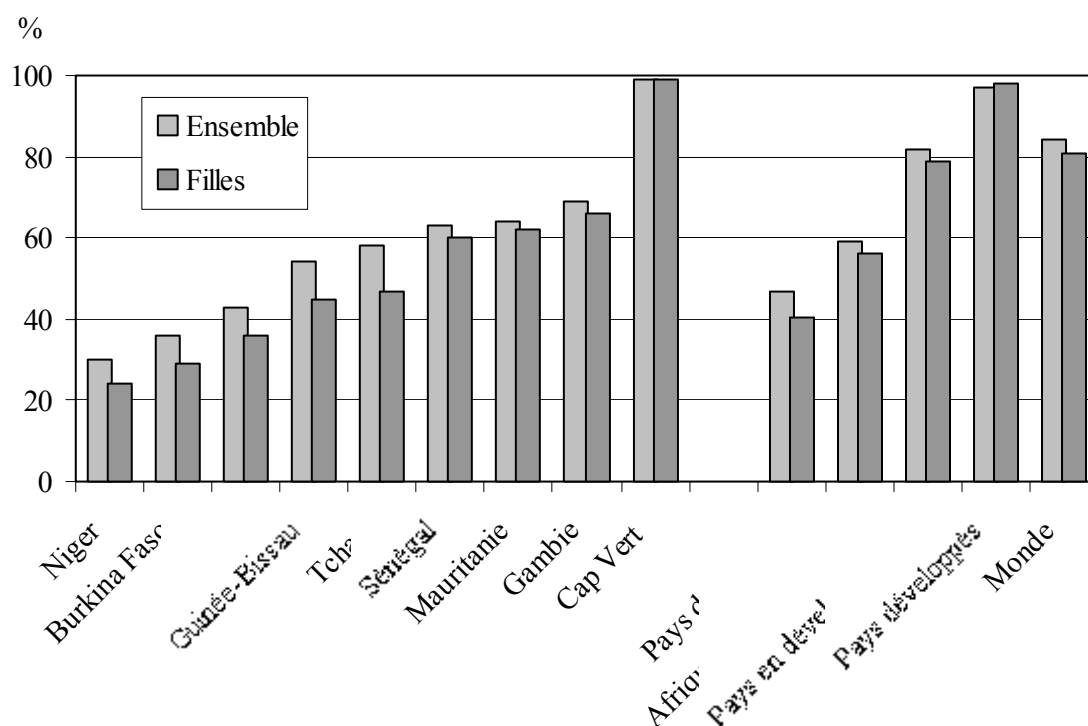


Figure 10  
**Taux (%) de scolarisation primaire en 2000-01.**  
 (classement des pays selon le niveau de scolarisation primaire pour les deux sexes)

## CONCLUSION

L'examen des différents indicateurs démographiques met en évidence le fossé croissant entre l'Afrique sahélienne et le reste du monde. Partant d'une situation sanitaire initialement plus défavorable, les pays du CILSS ont aussi connu des progrès plus lents au cours des dernières décennies. Le rapprochement du niveau de la mortalité générale du Sahel avec la moyenne sub-saharienne ne doit pas faire illusion : il traduit avant tout, non pas une accélération des progrès sanitaires dans les pays sahéliens, mais l'interruption de la baisse de la mortalité provoquée par l'épidémie de VIH/sida dans les autres régions d'Afrique. Au sein des pays du CILSS, seul le Cap Vert a connu un réel décollage et présente aujourd'hui une situation plus proche des pays développés que de ses voisins sahéliens. Une opposition apparaît également entre les pays enclavés (Niger, Burkina Faso, Mali, Tchad) et les pays côtiers (Gambie, Sénégal, Mauritanie)<sup>3</sup>. Ces derniers bénéficient d'un encadrement sanitaire plus important, d'un niveau de scolarisation plus élevé, d'une meilleure situation sanitaire des enfants (mortalité, malnutrition) et sont plus avancés dans la transition de la fécondité.

<sup>3</sup> La position de la Guinée Bissau est moins claire, avec des indicateurs, se rapprochant, selon le cas, de l'un ou l'autre des deux groupes de pays.

L'indicateur de développement humain (IDH), calculé par le PNUD sur la base des indicateurs de santé, de scolarisation et de niveau de vie, résume ces différences (figure 11). L'IDH des pays côtiers est supérieur de 35 % à celui des pays sahéliens enclavés et se rapproche de la moyenne sub-saharienne. Le Cap Vert est le seul pays classé dans le groupe des pays avec un indice de développement humain moyen. Les autres pays du CILSS évoluent avec un indice de développement humain faible et figurent tous parmi les 25 pays en queue de classement mondial. Le Niger, le Burkina Faso et le Mali sont, juste avant la Sierra Leone, les pays avec l'indice de développement humain le plus faible du monde selon le classement de 2003.

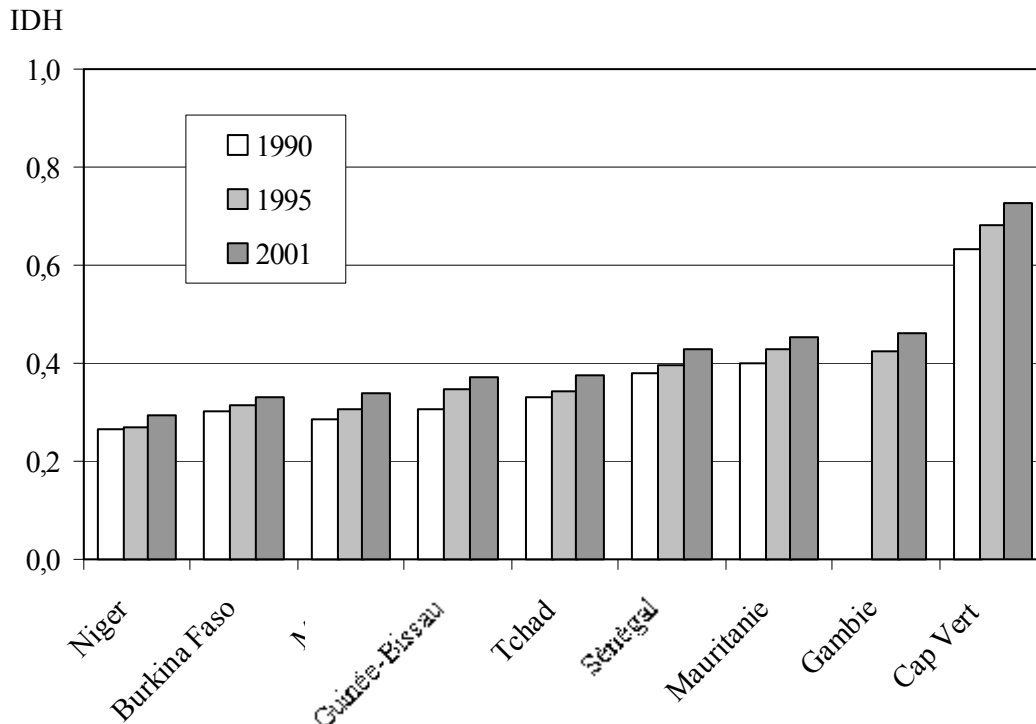


Figure 11  
Indice de développement humain dans les pays du CILSS.

La Conférence internationale sur la population et développement (ICPD) organisée au Caire en 1994 avec la participation de 179 pays, a conduit à l'adoption d'un programme d'actions visant à réduire les inégalités socio-économiques dans le monde et à garantir, à moyen terme, l'accès de tous à la santé et à l'éducation. Une séance exceptionnelle de l'Assemblée générale des Nations unies en 1999 et une réunion internationale (189 pays représentés) en 2000 ont suivi pour préciser les « objectifs du millénaire pour le développement » et inviter les pays à une intensification de leurs actions.

Parmi les objectifs fixés à l'horizon 2015, mentionnons :

- l'accès de tous, filles et garçons, à une scolarisation primaire complète et la disparition des inégalités de scolarisation primaire et secondaire entre les sexes ;

- une réduction, entre 1990 et 2015, de deux tiers du niveau de la mortalité avant 5 ans ;
- une réduction, entre 1990 et 2015, du niveau de la mortalité maternelle de trois quarts ;
- un encadrement sanitaire des accouchements pour au moins 40 % des naissances en 2005, 50 % en 2010 et 60 % en 2015 ;
- la lutte contre l'épidémie de sida en garantissant au plus grand nombre (90 % des jeunes en 2005, et 95 % en 2015) l'accès à l'information et aux moyens de prévention et de dépistage du sida ;
- la disponibilité de la contraception et des soins de santé reproductive (obstétrique, maladies sexuellement transmissibles...) dans 80 % des structures sanitaires d'ici 2010.

Le programme est ambitieux et l'écart entre les indicateurs actuels des pays du Sahel et les objectifs annoncés à l'horizon d'une dizaine d'années à peine s'avère considérable. C'est un véritable pari et un appel à la mobilisation qui sont lancés aux décideurs pour atteindre les objectifs, du moins pour éviter que l'Afrique sahélienne ne s'isole encore davantage du reste du monde.

Avec cette même vision, les états membres du CILSS en adoptant le Programme d'action de Ouagadougou en matière de population et développement (PAO) en 1997 (CILSS/INSAH/CERPOD, 2002), se sont engagés à prendre un certain nombre de mesures pertinentes parmi lesquelles :

- mettre en œuvre des programmes de vaccination complète des enfants pour arriver à une couverture universelle et totale en 2010 et maintenir ce niveau les années suivantes ;
- entreprendre des actions pour éduquer les populations sur les micro-nutriments, accentuer la lutte contre l'anémie et favoriser la consommation des produits locaux pour améliorer l'état nutritionnel des enfants en particulier ;
- intégrer mieux les services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale et l'hygiène sexuelle, pour que les formations sanitaires puissent offrir un plateau technique complet à tous les niveaux, afin d'augmenter de 5 à 10 pour cent par an le nombre de formations sanitaires avec le plateau sanitaire technique ciblé ;
- faire face aux conséquences de la sexualité précoce des jeunes en les éduquant dès l'école primaire. Les états doivent aussi rendre les préservatifs accessibles à tous pour réduire les rapports sexuels non protégés ;
- intensifier les efforts de coordination nationale, sous-régionale et régionale pour lutter contre la progression de la pandémie du VIH/sida ;
- renforcer les mesures actuellement appliquées, pour atteindre un taux de scolarisation de 100 pour cent en l'an 2010. Une attention particulière devrait être accordée à la scolarisation de la petite fille afin que les inégalités entre les sexes disparaissent au niveau national et régional.

***BIBLIOGRAPHIE***

- CILSS/INSAH/CERPOD, 2002. – *Programme d'Action de Ouagadougou en matière de population et développement*. – 40 p. [réédition mars 2002]
- PNUD (Programme des Nations unies pour le développement), 2003. – *Rapport mondial sur le développement humain 2003. Les objectifs du millénaire pour le développement: Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. – Paris, Économica, 376 p
- UNITED NATIONS, 2003. – *World population prospects : the 2002 revision*. – New-York, Population division, Department of economic and social affairs, 939 p. et CD-rom

*DEUXIEME PARTIE*

*MORTALITE ET SANTE*



## **Chapitre 4**

### **LA TRANSITION SANITAIRE**

### **Progrès et résistances en Afrique**

*France Meslé et Jacques Vallin*

*Institut national d'études démographiques*

*(INED, Paris, France)*



Pendant des millénaires, l'espérance de vie des hommes n'a sans doute jamais excédé 25 ou 30 ans. À partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, tout a changé, d'abord en Europe, puis un siècle ou deux plus tard, dans le reste du monde, sous l'effet de la *transition démographique*, ce processus historique qui a permis à l'humanité de passer d'un régime ancien, où une forte fécondité équilibrait les pertes dues à une forte mortalité, à un régime nouveau où la mortalité a tellement reculé qu'il suffit d'à peine plus de 2 enfants par femme pour assurer le remplacement des générations. On a d'abord baptisé *transition épidémiologique* le recul massif des maladies infectieuses, notamment aux jeunes âges, qui a ouvert la voie à une progression durable de l'espérance de vie. Cette transition épidémiologique a fait l'objet d'un premier effort de théorisation à la fin des années soixante (Omran, 1971) rendant assez bien compte, à l'époque, des raisons du décollage initial de l'espérance de vie puis de l'accélération de ses progrès et, enfin, de leur plafonnement dans les pays les plus avancés à partir des années soixante. Pour Omran, le principal moteur de la transition épidémiologique est la baisse de la mortalité infectieuse. Les sociétés passent de « l'âge de la peste et de la famine » (1<sup>er</sup> stade) à « l'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société » (3<sup>e</sup> stade) grâce au « recul des pandémies » (2<sup>e</sup> stade). Aujourd'hui, cependant ce concept s'avère trop étroit dans la mesure où d'importants succès sanitaires sont remportés sur le front des maladies cardio-vasculaires, de certains cancers et peut-être bientôt du vieillissement biologique. On passe alors à l'idée plus générale d'une *transition sanitaire* englobant non seulement la donne épidémiologique mais aussi les différentes réponses de la société aux questions de santé.

Même si les progrès sanitaires concernent désormais l'ensemble de la planète, les inégalités en matière de santé sont loin d'être effacées. Jusqu'aux années soixante-dix, on a pu croire que l'espérance de vie des différents pays du monde convergerait vers une limite qu'il ne serait pas possible de franchir. Les progrès plus rapides dans les pays les plus attardés permettaient à ceux-ci de combler progressivement leur retard. Dans les trois dernières décennies, cependant, cette remarquable convergence a été remise en cause pour différentes raisons. D'une part, certains pays en développement, pour la plupart situés en Afrique sub-saharienne, ont connu un rythme d'accroissement de l'espérance de vie plus lent, les laissant à la traîne du progrès sanitaire. Pour certains d'entre eux, la mortalité s'est même remise à augmenter, quelquefois de façon dramatique sous l'effet de l'épidémie de sida. D'autre part, parmi les pays industriels, une grave crise sanitaire s'est installée en Europe de l'Est, où l'espérance de vie a quasiment cessé de progresser, et même quelquefois régressé, à partir du milieu des années soixante. Enfin, de manière plus positive, pour les pays les plus avancés, l'espérance de vie a continué à progresser conduisant certains à des niveaux que l'on pensait infranchissables (plus de 85 ans pour les femmes et plus de 80 ans pour les hommes au Japon en 2000).

---

Ce texte reprend pour l'essentiel des extraits tirés des deux articles suivants :  
 - Meslé France et Vallin Jacques, 2000. – Transition sanitaire : tendances et perspectives, *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, p. 1161-1171.  
 - Caselli Graziella, Meslé France et Vallin Jacques, 2002. – Epidemiologic transition theory exceptions, *Genus*, vol. 58, n° 1, p. 9-52.

## CONVERGENCE ET DIVERGENCES

De la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle à la fin du XX<sup>e</sup>, l'espérance de vie s'est très fortement accrue dans les pays industriels passant de 30-35 ans à près de 80 ans. Tous les pays n'ont cependant pas bénéficié du progrès en même temps. Amorcée dès le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle en Europe de l'Ouest et du Nord, la baisse de la mortalité ne débute qu'à la fin du siècle suivant en Europe du Sud et de l'Est ou au Japon. Ainsi selon le contexte socio-économique et politique, les pays industriels entrent dans la transition sanitaire à des moments différents de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle au début du XX<sup>e</sup>, mais, les derniers progressant plus rapidement que les précurseurs, on assiste finalement à une formidable convergence vers des niveaux d'espérance de vie très élevés (figure 1).

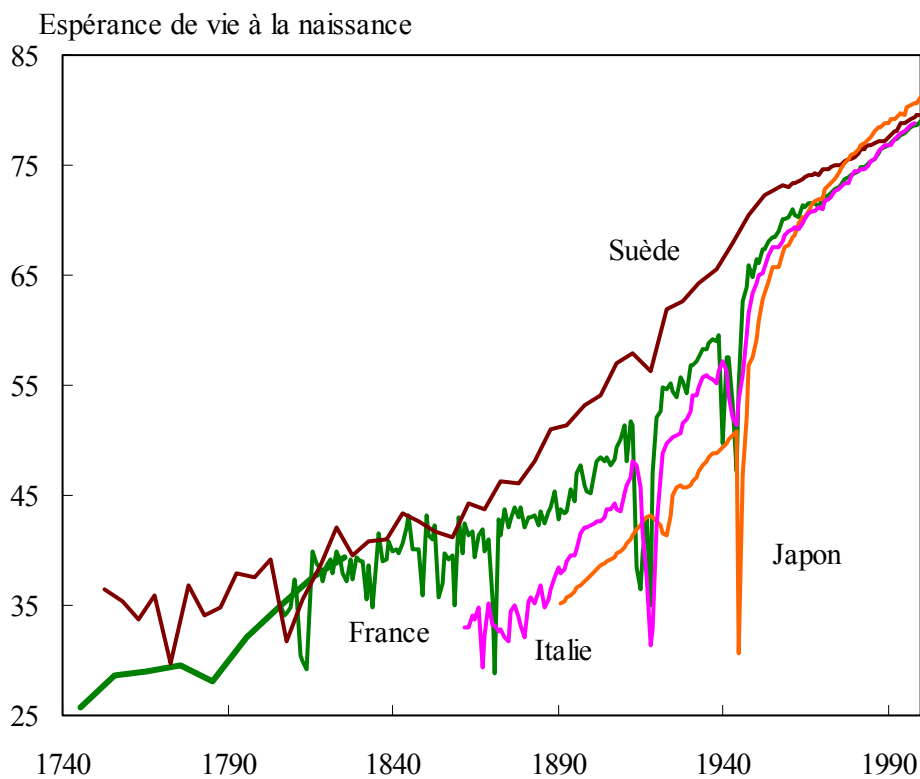


Figure 1

### Évolution de l'espérance de vie à la naissance dans quelques pays industriels au cours des XVIII<sup>e</sup>, XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles

Entrés plus tardivement dans le processus de transition sanitaire, les pays en développement se trouvaient évidemment encore à des niveaux d'espérance de vie beaucoup plus bas que les pays du Nord au début des années cinquante. La plupart d'entre eux ont cependant fait, depuis la seconde guerre mondiale, d'immenses progrès, participant ainsi au mouvement général de convergence. Ainsi, des pays comme la Corée en Asie, le Chili en Amérique latine ou la Tunisie en Afrique (pour ne citer que quelques exemples) sont

parvenus, des années cinquante aux années quatre-vingt-dix à combler très rapidement l'essentiel de leur retard sur les pays du Nord (figure 2).

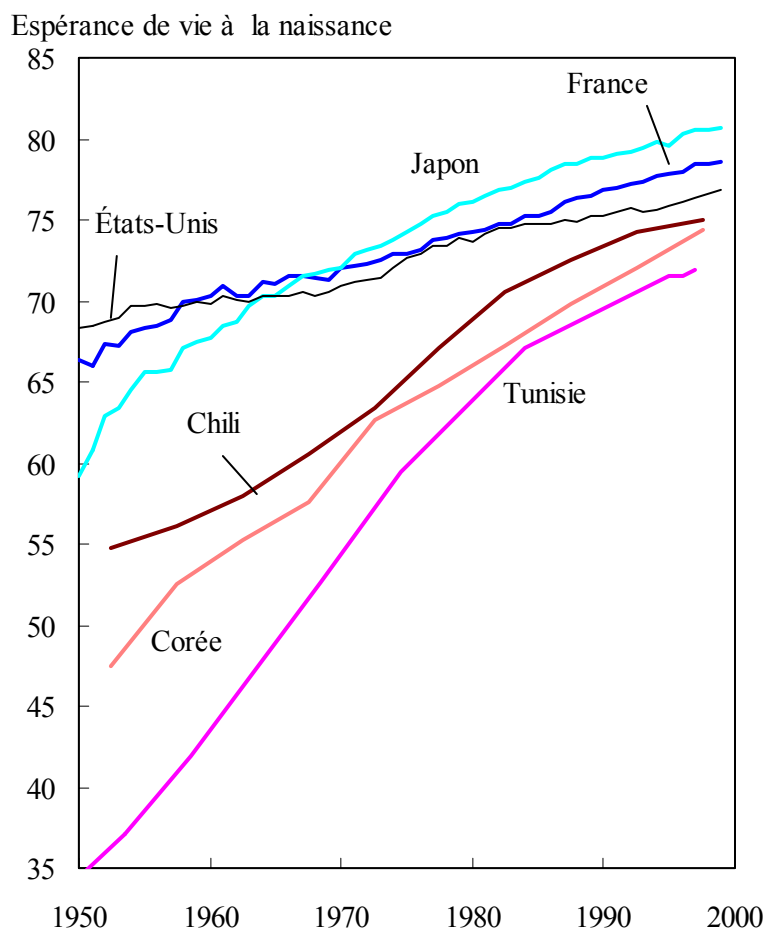


Figure 2  
Évolution comparée de l'espérance de vie à la naissance dans quelques pays en développement et quelques pays industriels depuis 1950

### Baisse de la mortalité infectieuse puis recul des maladies cardio-vasculaires

Jusqu'aux années soixante-dix dans les pays industriels et encore tout récemment dans les pays en développement, l'essentiel du progrès tient à la quasi-éradication de la mortalité infectieuse. En Europe, au XVIII<sup>e</sup> siècle, la mortalité a commencé à reculer, pour l'essentiel, sous le double effet de la maîtrise des grandes épidémies du passé (non pas tant en raison de progrès médicaux que de mesures de protection des populations) et de l'accroissement des denrées alimentaires disponibles, non seulement grâce au développement de l'agriculture mais aussi à l'amélioration des transports et des conditions de stockage. C'est ainsi qu'en France, par exemple, l'espérance de vie a pu passer de moins de 30 ans au milieu du XVIII<sup>e</sup>

siècle à un peu plus de 40 dans les années 1840. Sous le Second Empire, au contraire, le progrès économique, fondé sur l'industrialisation et le développement du capitalisme sauvage a, en France, interrompu l'accroissement de l'espérance de vie pour une trentaine d'années (de 1850 à 1880), en provoquant la concentration d'une part croissante de la population dans des zones urbaines insalubres et en la soumettant à des conditions de travail et de vie défavorables à la santé et notamment à celle des enfants. Il a fallu attendre les découvertes de Louis Pasteur et leur diffusion à travers une nouvelle politique sanitaire pour que l'espérance de vie reparte à la hausse. Mais, là encore, si le progrès médical a été décisif, il n'a pas joué seul. Sa diffusion est largement redevable à celle de l'instruction, rendue obligatoire et gratuite dès cette époque par Jules Ferry. Ce double progrès, médical et socio-culturel, a largement contribué à la maîtrise des maladies infectieuses, dans un contexte général de développement économique et social. Les techniques médicales ont encore fait un pas important dans les années trente avec l'arrivée des sulfamides et finalement franchi l'étape décisive, dans les années quarante, avec celle des antibiotiques, la mise au point des divers vaccins complétant la panoplie tout au long de cette période. Dans le même temps, la diffusion de ces techniques était favorisée par la mise en place progressive de systèmes de protection sociale généralisés après la seconde guerre mondiale. C'est ainsi qu'en France l'espérance de vie est passée de 43 ans au début des années 1880 à près de 60 à la veille de la seconde guerre mondiale et à 70 au début des années soixante.

Ce progrès considérable de l'espérance de vie, fondé sur la lutte contre les maladies infectieuses remporté en deux siècles en Europe et en Amérique du Nord, a rapidement été étendu au XX<sup>e</sup> siècle au reste du monde. Des progrès sensibles ont été obtenus dès la première moitié du siècle dans quelques régions d'Amérique latine et d'Asie mais c'est, pour l'essentiel, après la seconde guerre mondiale que l'ensemble des pays du Sud en ont bénéficié. C'est en fait cet enjeu du progrès sanitaire au sud qui a provoqué le développement de théories et schémas explicatifs de la baisse de la mortalité. Ceux-ci sont naturellement très vite devenus multifactoriels (Mosley et Chen 1984, Palloni 1985, Vallin 1989). Certes, les techniques médicales mise au point en Europe ou en Amérique du Nord ont joué un rôle déterminant, permettant à certains pays pauvres (Sri Lanka, Cuba, Costa Rica, Kerala) et même au plus grand d'entre eux, la Chine, d'acquiescer des espérances de vie toutes proches de celles des pays riches sans développement économique majeur (Preston, 1975). Encore fallait-il que des politiques sanitaires efficaces en permettent la diffusion au bénéfice du plus grand nombre. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, dans l'euphorie des succès remportés grâce aux vaccins et aux antibiotiques, on a cru qu'il suffisait d'organiser des campagnes d'éradication ciblées sur les principales endémies. De fait, notamment sous l'impulsion de l'OMS, des succès importants ont été acquis, dont le plus célèbre est la quasi-éradication du paludisme au Sri Lanka, qui en deux ans (1946-1948) a accru l'espérance de vie de ce pays de 12 ans. Mais assez rapidement, on s'est rendu compte que le progrès sanitaire ne pouvait durablement se généraliser que dans le cadre de politiques capables d'en prendre en compte les multiples facteurs. L'OMS a opéré une révision complète de son action en adoptant, en 1978, à la conférence d'Alma Ata, la stratégie des soins de santé primaires, impliquant non seulement la diffusion, au niveau local, d'une panoplie de techniques médicales simples et efficaces mais aussi le développement des productions vivrières, l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement de l'environnement, etc. et, plus encore, les progrès de l'instruction et l'amélioration du statut des femmes. Cette stratégie des soins de santé primaires a elle-même été décriée à son tour

mais, si elle a rarement tenu toutes ses promesses, c'est le plus souvent parce que sa mise en œuvre exigeait des réformes politiques que peu de gouvernements ont réellement engagées. Les facteurs du progrès sanitaire forment indubitablement un ensemble technique, socio-économique, culturel et politique complexe où chaque élément interagit avec l'autre.

Une fois les maladies infectieuses jugulées et la mortalité infantile considérablement réduite, la baisse de la mortalité s'est poursuivie dans les pays les plus avancés grâce au contrôle des maladies chroniques, au premier rang desquelles les maladies cardio-vasculaires, qui a permis le recul de la mortalité aux âges élevés. Cette seconde phase de la transition sanitaire dépend de facteurs beaucoup plus complexes. Côté médical, tout d'abord, il n'y a guère de recette miraculeuse comparable à ce que furent les vaccins ou les antibiotiques pour les maladies infectieuses, mais plutôt l'accumulation d'interventions de natures très diverses allant des traitements par anticoagulants, beta-bloquants, etc. à la pose de *pace-makers* et aux pontages coronariens en passant par l'organisation de services d'assistance médicale d'urgence. La prévention strictement médicale est elle-même plus difficile à organiser. Il ne s'agit plus de vacciner une fois pour toutes mais de suivre en continu certains paramètres indicateurs de risque (tension artérielle, taux de cholestérol). Enfin, là où des politiques très globales suffisaient à changer un environnement favorable aux maladies infectieuses (assainissement, distribution d'eau potable, etc.), le contexte favorisant les maladies cardio-vasculaires ne peut être modifié que par le jeu complexe de politiques globales et de changements de comportements individuels. Dans le cas du tabagisme, par exemple, la décision d'arrêter de fumer est individuelle mais elle risque fort de ne pas être prise si le fait de fumer reste un acte culturellement valorisant. L'action politique et la prise de conscience individuelle sont ainsi étroitement interdépendantes. La difficulté d'obtenir les changements adéquats est encore plus grande à propos de la diète alimentaire. Ce n'est pas seulement la consommation d'un seul produit très clairement identifié dont il s'agit, mais de l'équilibre subtil entre quantité, qualité et nature des ingrédients du menu quotidien. D'une part, au niveau politique, le message est beaucoup moins simple à faire passer et d'autre part, au niveau individuel, il est beaucoup plus difficile de changer de culture alimentaire.

Cet ensemble de conditions n'a été réuni qu'assez tard dans l'histoire du développement économique et social des pays industriels. Il fallait, certes, avoir écarté le péril infectieux pour se soucier sérieusement des maladies cardio-vasculaires ; mais il fallait aussi un degré élevé de développement économique et social pour accéder aux moyens nécessaires. C'est ce qui s'est effectivement produit à partir des années soixante-dix dans la plupart des pays du Nord, permettant par exemple à l'espérance de vie française de passer de 72 ans en 1970 à près de 79 en 1999 et de franchir ainsi la barre des 75 ans encore considérée par les Nations unies comme une limite extrême au début des années quatre-vingt.

## **Deux entorses graves au schéma de la transition sanitaire**

Ce phénomène d'ensemble de baisse de la mortalité et de convergence de l'espérance de vie souffre d'exceptions notables. D'une part, malgré de premiers succès dans le combat contre les maladies infectieuses et notamment les maladies tropicales, certains pays, surtout en Afrique, n'ont pas réussi à prendre sur cette voie le rythme qui leur aurait permis de réduire l'écart avec les pays développés. Ils ont même connu au cours des années 1980-1990

un ralentissement du progrès, voire une stagnation. On voit par exemple, à la figure 3A, comment, partant du même niveau que la Tunisie vers 1950, le Nigeria a suivi depuis une trajectoire nettement moins favorable, conduisant aujourd'hui à une espérance de vie nigériane de plus de 20 ans inférieure à l'espérance de vie tunisienne. Plus grave encore, et toujours surtout en Afrique, l'irruption du sida a parfois conduit à de dramatiques retournements de situation : l'espérance de vie s'effondrant brutalement à partir de la fin des années quatre-vingt. Tel est le cas, par exemple de la Zambie qui a perdu 11 ans d'espérance de vie entre 1980-1985 et 1995-2000 ou du Zimbabwe qui, dans le même temps, en a perdu presque 17 (figure 3A). La Zambie se retrouve ainsi aujourd'hui, avec seulement 40 ans d'espérance de vie, à son niveau du début des années cinquante, tandis que le Zimbabwe est tombé nettement en dessous (42,9 ans au lieu de 47,4).

D'autre part, au niveau des pays industriels, tous les pays n'ont pas réussi à entrer dans la voie de la réduction de la mortalité cardio-vasculaire. Au milieu des années soixante, en effet, loin d'emprunter cette voie nouvelle, les pays d'Europe centrale ou d'URSS sont au contraire entrés dans une phase de stagnation ou même de régression de leurs espérances de vie (figure 3B), sous les effets conjugués d'une aggravation de la mortalité cardio-vasculaire et d'une poursuite de l'expansion des maladies de société, notamment l'alcoolisme et la violence (Meslé 1991, Shkolnikov *et al.* 1995).

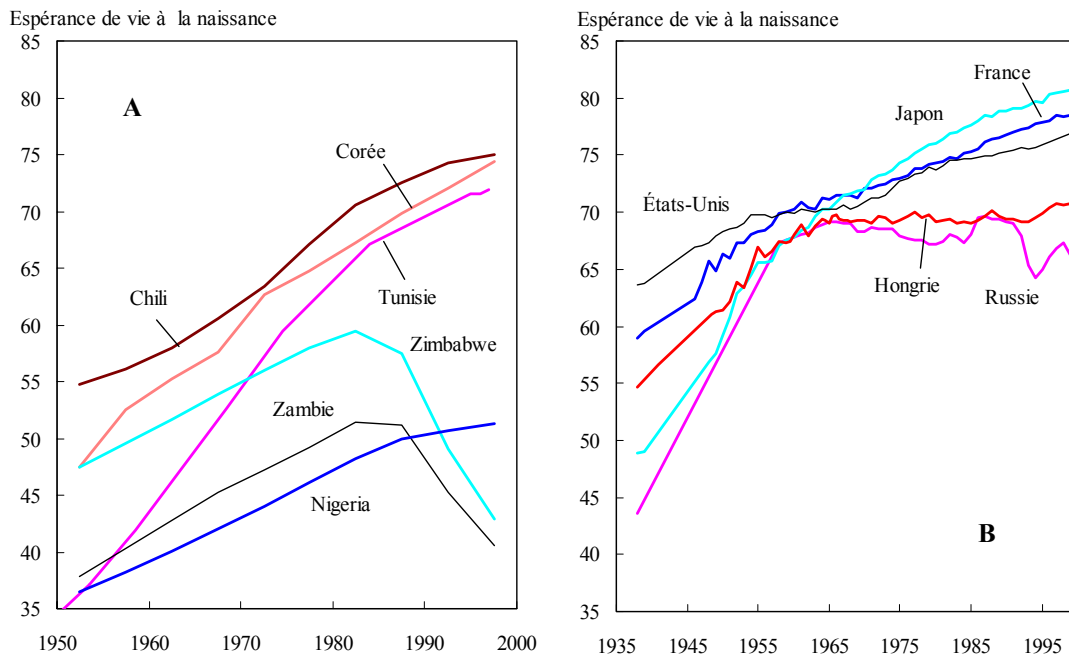


Figure 3  
**Divergences d'évolution de l'espérance de vie dans les pays en développement et dans les pays industriels**

Du fait de ces évolutions, la distribution de la population mondiale en fonction des niveaux d'espérance de vie atteints a radicalement changé (Meslé et Vallin, 1997). La figure 4 illustre, à 3 époques différentes (1950-1955, 1970-1975 et 1995-2000), les populations cumulées de tous les pays du monde par tranches quinquennales d'espérance de vie à la naissance, en identifiant séparément pays développés et sous-développés au sens des Nations unies (figures 4a, b et c). Ce qui domine l'évolution, d'une période à l'autre, c'est bien la convergence massive des pays du Sud vers les pays du Nord. En 1950-1955, l'essentiel des pays sous-développés se concentrait entre 35 et 45 ans d'espérance de vie, loin derrière le gros des pays développés, très groupés à 65-70 ans. En 1970-1975, les pays riches étaient encore bien groupés, avec 5 ans de mieux, mais les pays pauvres s'étaient brusquement dispersés, au bénéfice de masses importantes de populations dont l'espérance de vie s'était fortement rapprochée de celle des pays riches. En 1995-2000, le changement est encore plus accusé, l'histogramme des pays en développement présentant désormais une très forte concentration dans la tranche des 60-70 ans, très proche de celle qui rassemble l'essentiel des pays développés, qui pourtant ont encore gagné entre-temps 5 ans.

La figure 4 permet ainsi de bien identifier la portée des exceptions au processus d'ensemble du progrès sanitaire : l'Afrique sub-saharienne d'un côté et les pays de l'Est européen de l'autre se détachent nettement de leur ensemble d'origine, bien que leur poids dans l'ensemble de la population mondiale soit mineur par rapport à celui des populations qui suivent le parcours classique de la transition. Arrêtons nous ici plus longuement sur le cas de l'Afrique.

## LE RETARD AFRICAIN

Si l'on se rapporte aux évolutions de l'espérance de vie depuis 1950 estimées par les Nations unies (2001), seules données systématiques disponibles<sup>1</sup>, on voit clairement que l'Afrique est très hétérogène (figure 5)<sup>2</sup>. Seuls les pays d'Afrique du Nord ont connu au cours du dernier demi-siècle une forte élévation de leur espérance de vie, à l'instar des autres pays en développement qui ont réussi à combler l'essentiel de leur retard sur les pays développés (1<sup>er</sup> graphe de la figure 5).

Aucun pays d'Afrique sub-saharienne n'a réussi à suivre le même chemin, pas même ceux qui, en 1950, étaient déjà à des niveaux d'espérance de vie égaux ou supérieurs à ceux de l'Afrique du Nord. De plus, l'Afrique sub-saharienne est elle-même très hétérogène. Certains pays, comme le Soudan, le Sénégal, le Mali ou, à un niveau de départ plus bas, le Niger et la Guinée (2<sup>e</sup> graphe de la figure 5) ont certes progressé régulièrement sur toute la période, mais à des rythmes beaucoup plus lents que la moyenne des pays en développement. Un grand nombre d'autres pays (3<sup>e</sup> graphe de la figure 5) qui, jusque vers la fin des années quatre-vingt, suivaient la même voie, sont depuis en panne de progrès ou régressent même légèrement. C'est le cas du Ghana, de la Tanzanie, du Cameroun, du Nigeria, de l'Angola, etc.

---

<sup>1</sup> Ces données proviennent parfois d'estimations très grossières ; elles présentent cependant l'avantage d'offrir une vue d'ensemble relativement plausible.

<sup>2</sup> Tous les pays de plus de 1,5 millions d'habitants en 2000 sont représentés à la figure 5, même si, faute de place tous les noms ne sont pas indiqués.

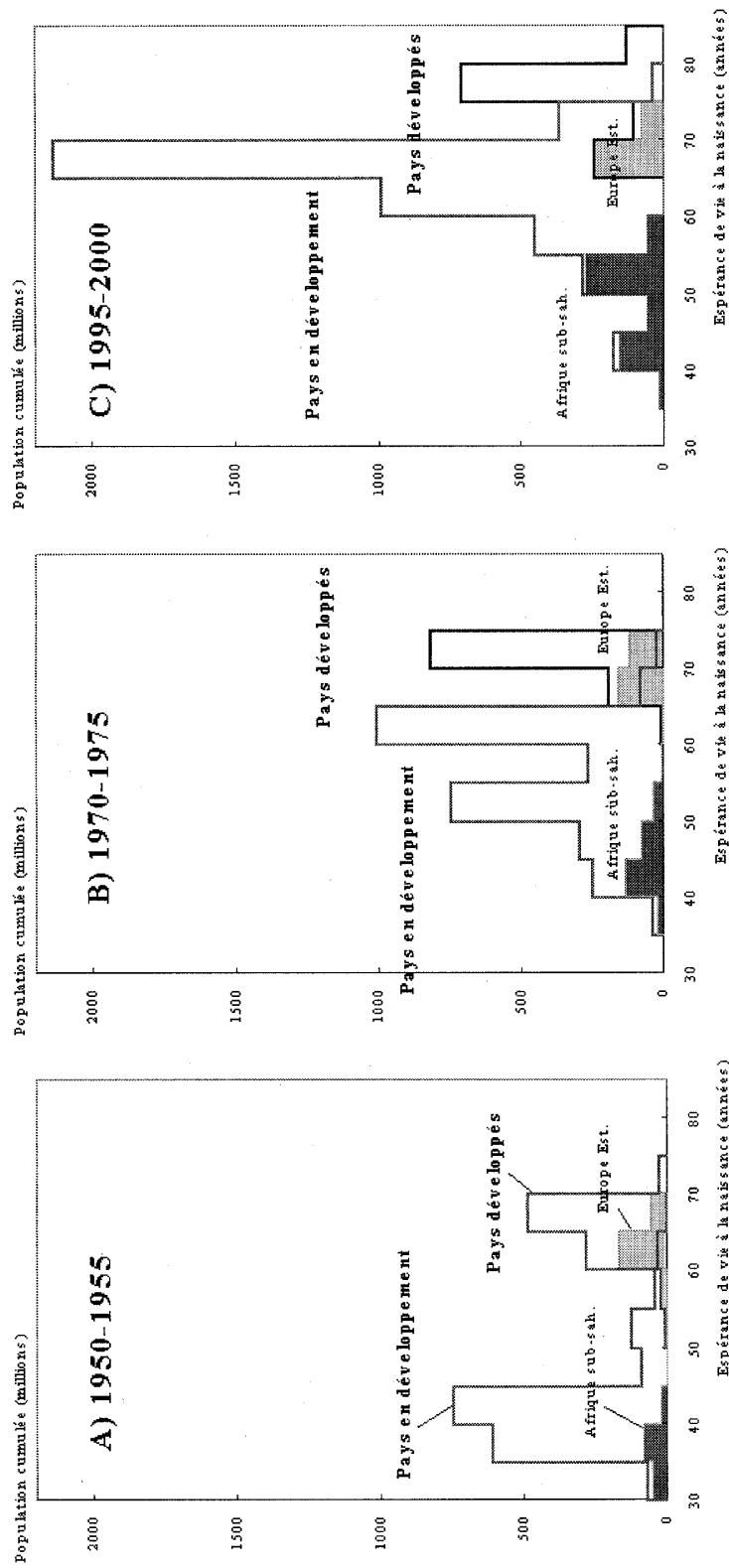


Figure 4  
Populations cumulées selon le niveau d'espérance de vie



## QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

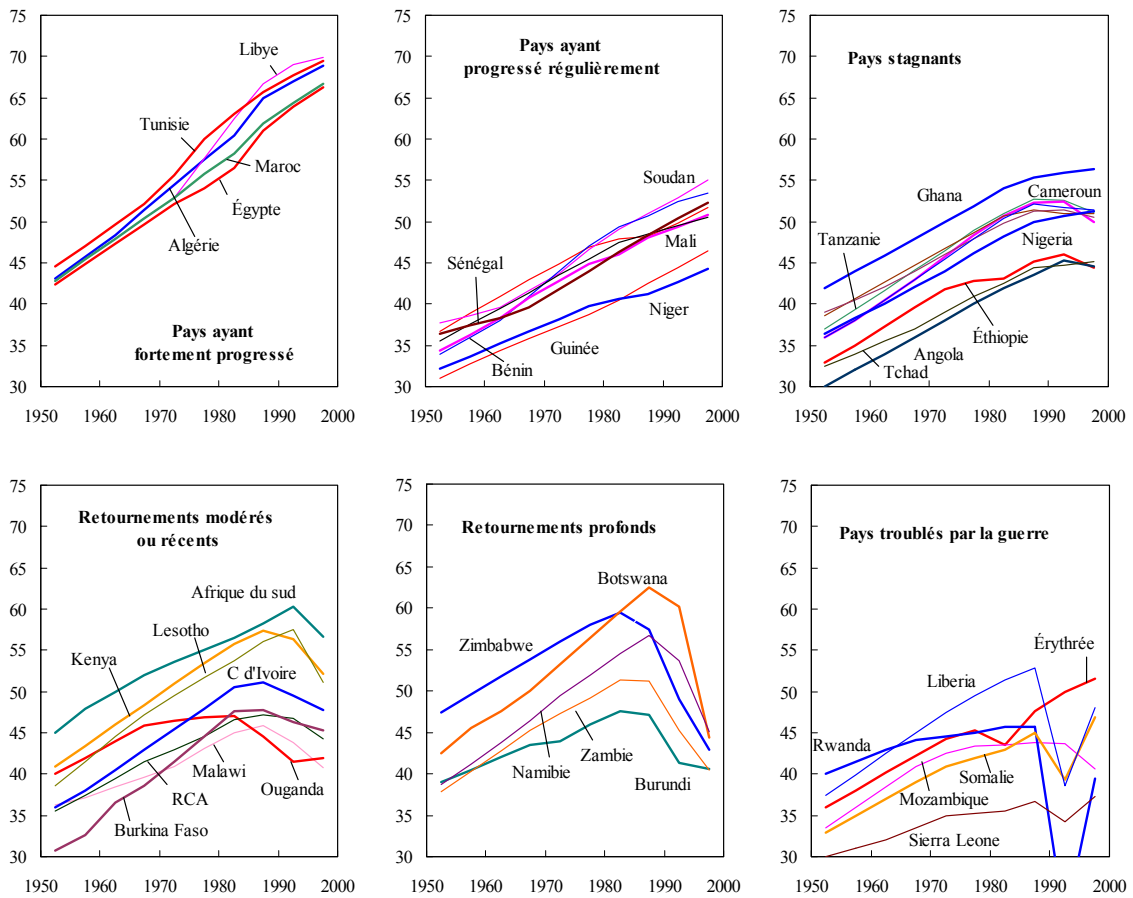


Figure 5

### **Évolution depuis 1950 de l'espérance de vie à la naissance dans tous les pays africains de plus de 1,5 millions d'habitants en 2000**

(source : Nations unies, 2001).

Viennent ensuite des pays qui ont subi un véritable retournement de tendance au cours des deux dernières décennies, soit relativement modéré tels que la Côte d'Ivoire, la République centrafricaine ou le Burkina Faso, ou encore trop récent pour en apprécier l'ampleur tels que l'Afrique du Sud, le Lesotho ou le Kenya, l'Ouganda se situant entre les deux (figure 5, 4<sup>e</sup> graphe), soit très profond, tels que le Botswana, le Zimbabwe, la Namibie et la Zambie (5<sup>e</sup> graphe). Le 6<sup>e</sup> graphe de la figure 5 illustre enfin les cas de pays où l'évolution de l'espérance de vie a été diversement rompue par des guerres ou violences politiques.

Mis à part les conséquences exceptionnelles de ces dernières, l'Afrique sub-saharienne souffre visiblement de deux problèmes fondamentaux de nature différente. D'une part, l'ensemble des pays d'Afrique au sud du Sahara semble avoir échoué à passer, comme les autres pays en développement, à une phase de progrès sanitaires rapides une fois atteint un certain seuil d'espérance de vie. Ils ont au contraire, au mieux, conservé le rythme lent qui

caractérise la phase de décollage. Ainsi, l'Afrique du Sud, qui était déjà au-dessus des 45 ans d'espérance de vie dès les années cinquante, n'a pas progressé plus vite que la Guinée ou le Tchad partis d'à peine plus de 30 ans en 1950. D'autre part, dans un grand nombre de cas, toute progression a cessé à partir de la fin des années quatre-vingt. Pour beaucoup d'entre eux, notamment ceux où intervient un brutal retournement de tendance, cela tient évidemment à l'irruption du sida (Population Division, 1998 ; Caraël et Schwartländer, 1998 ; Awusabo-Asare *et al.*, 1997 ; IUSSP, 1997). Cependant, une part de cette interruption du progrès peut également être due, soit à la crise économique qui a frappé de plein fouet l'Afrique sub-saharienne à partir des années quatre-vingt (Coussy et Vallin, 1996), soit à une recrudescence de maladies infectieuses autres que le sida, elle-même indirectement liée à la crise économique mais sans doute aussi à d'autres facteurs (Feachem et Jamison, 1991 ; Gruénais et Pourtier, 2000).

### **Des progrès plus lents qu'on aurait pu l'attendre**

Les données de bonne qualité sur la mortalité en Afrique sont malheureusement rares. On ne dispose en particulier que d'informations parcellaires sur les risques de mortalité par âge et les causes de décès. S'agissant cependant de la mortalité infantile et juvénile, qui, aux niveaux où se trouvent les pays d'Afrique sub-saharienne, pèse très lourd dans l'espérance de vie à la naissance, les données issues de diverses enquêtes et notamment des enquêtes démographiques et de santé (EDS<sup>3</sup>) fournissent un point d'appui assez solide.

Dans presque tous les pays africains où plusieurs enquêtes ont été réalisées depuis les années cinquante<sup>4</sup>, la mortalité infantile et juvénile a sensiblement baissé, au moins jusqu'à la fin des années quatre-vingt (Hill, 1989, 1991, 1993 ; Barbieri et Vallin, 1996 ; Timæus, 1998). Cependant, dans tous ces pays les rythmes de baisse observés sont relativement lents.

La figure 6 compare les résultats obtenus pour quelques pays où la croissance de l'espérance de vie a été relativement régulière, au moins jusqu'à la fin des années quatre-vingt, à l'évolution de la mortalité infanto-juvénile observée dans un pays d'Afrique du Nord, la Tunisie, où la progression de l'espérance de vie a suivi la voie classique d'une accélération après la phase de décollage.

Le Niger est un des pays où, d'après les Nations unies, l'espérance de vie était parmi les plus basses du monde vers 1950, à peine plus de 30 ans, et n'atteint pas encore aujourd'hui 45 ans. Ce pays partant de très bas, on peut comprendre que l'espérance de vie n'y ait encore augmenté que lentement. Mais les estimations des Nations unies sont peut-être elles-mêmes optimistes. En effet, d'après les deux enquêtes démographiques et de santé le quotient de mortalité entre 0 et 5 ans semble avoir stagné à plus de 300 p. mille de la fin des années soixante-dix au début des années 1990 et vers 1995 il était encore de près de 275 p. mille. Si l'on en croit l'enquête nationale exécutée par l'INSEE juste avant l'Indépendance elle n'aurait même pas baissé depuis les années cinquante. On peut cependant admettre que ce résultat ancien était sous-estimé. On peut même penser que l'estimation donnée par l'EDS de 1992 pour la période de 10 à 15 ans avant l'enquête était

<sup>3</sup> Ou DHS pour Demographic Health Survey.

<sup>4</sup> Enquête mondiale fécondité, Enquêtes démographiques et de santé, enquêtes nationales spécifiques, etc. Au total une trentaine de pays d'Afrique sub-saharienne disposent actuellement d'au moins deux observations précises permettant de révéler une tendance.

elle-même inférieure à la réalité. Il est donc possible que l'espérance de vie, très sensible à ce stade à l'évolution de la mortalité infantile, ait augmenté. Il est néanmoins manifeste que ce pays n'est encore aujourd'hui qu'au tout début de la deuxième phase de la transition épidémiologique d'Omran. La mortalité infantile et, sans aucun doute, les maladies infectieuses y tiennent encore une place prépondérante.

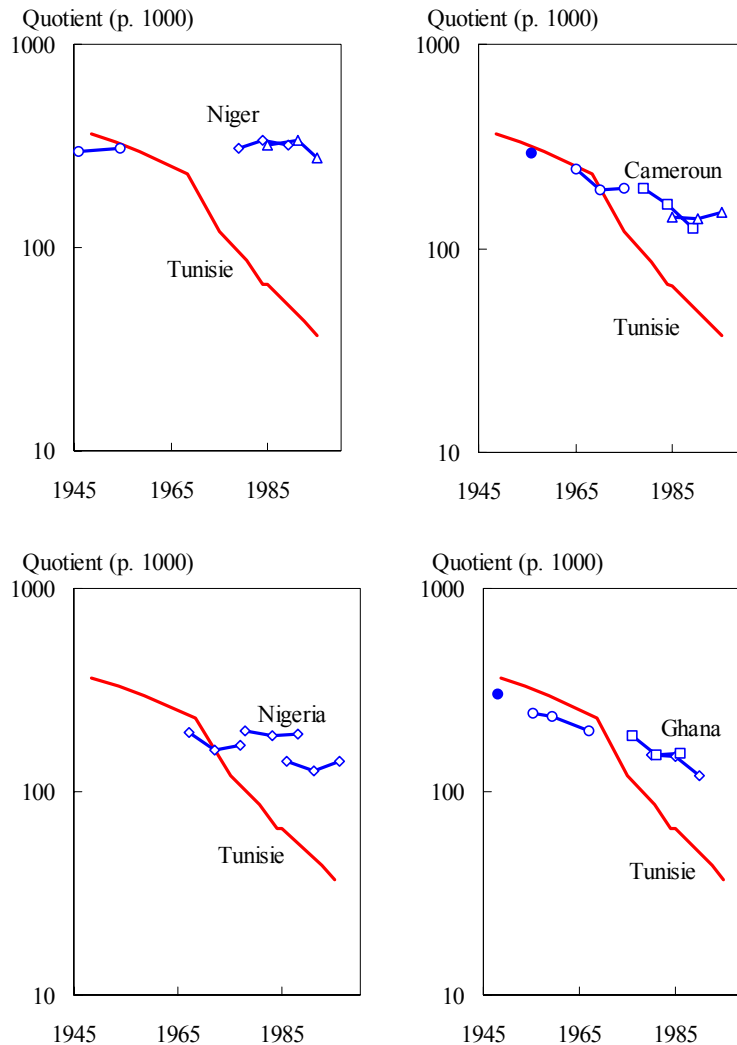


Figure 6

**Évolution comparée du quotient de mortalité entre 0 et 5 ans dans quatre pays d'Afrique sub-saharienne et en Tunisie.**

(Sources : Waltisperger *et al.*, 2001, pour la Tunisie ; Hill, 1993 pour les données anciennes ; Kourguéni *et al.*, 1993 et Attama *et al.*, 1999 pour le Niger ; Balépa *et al.*, 1992 et Fotso *et al.*, 1999 pour le Cameroun ; FOS, 1992 et NPC, 2000 pour le Nigeria ; Timæus, 1998 pour le Ghana)

Comme celles du Niger, les tendances observées au Nigeria, suscitent quelque critique (figure 6). Nous les avons néanmoins prises en exemple parce que le Nigeria est le pays le plus peuplé d'Afrique et que les Nations unies estiment que la croissance de l'espérance de vie y a été assez régulière. Les niveaux de mortalité infantile donnés par l'Enquête mondiale fécondité de 1981-1982 sont très vraisemblablement sous-estimés, ainsi que le pensent les auteurs de l'EDS de 1990 (FOS, 1992). De même, au dire de ses auteurs, l'EDS de 1999 sous-estime la réalité pour les périodes de 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête (NPC, 2000). On peut probablement faire davantage confiance aux résultats de l'EDS de 1990 et imaginer une baisse vraisemblable de la mortalité infanto-juvénile depuis les années cinquante mais à un rythme plutôt lent, conduisant au mieux à un quotient de plus 140 p. mille à la fin des années quatre-vingt-dix. C'est un peu mieux que le Niger mais on reste à un stade où la maîtrise de la mortalité infantile est loin d'être acquise.

Les deux autres pays représentés à la figure 6 disposent de données plus solides. Même si pour les périodes les plus anciennes elles ne sont pas exemptes de sous-estimation, notamment au Ghana, la tendance de la mortalité infanto-juvénile est nettement à la baisse jusqu'à la fin des années quatre-vingt, mais cette baisse, au contraire de ce qui s'est passé en Tunisie, n'a connu aucune accélération. Alors qu'en Tunisie on observe un brusque décrochage dès lors que le quotient arrive aux alentours de 200 p. mille, rien de tel ne se produit dans les deux autres pays, même lorsqu'ils arrivent à moins de 150, voire 120 p. mille. On note même au Cameroun une remontée sensible au milieu des années quatre-vingt-dix.

On pourrait multiplier les exemples. À de très rares exceptions près (voir ci-dessous pour le Zimbabwe), dans aucun pays d'Afrique sub-saharienne, on n'a jamais observé de baisse rapide de la mortalité des enfants et, encore aujourd'hui, rares sont les pays où le quotient de mortalité infanto-juvénile a jamais pu descendre en dessous de 100 p. mille<sup>5</sup>.

### **Crise économique, sida et réémergence de maladies infectieuses**

Outre cette résistance générale à la baisse rapide de la mortalité infantile et juvénile, bien des pays d'Afrique sub-saharienne ont connu dans les années récentes un arrêt de tout progrès, voire une recrudescence de la mortalité des jeunes enfants.

C'est particulièrement vrai des pays les plus touchés par le sida. En poursuivant la comparaison avec la Tunisie, le contraste est frappant, pour la Zambie, le Zimbabwe ou l'Ouganda, entre le retournement de tendance observé dans ces pays et l'accélération de la baisse qui caractérise la Tunisie (figure 7). On note qu'en Zambie ce retournement est brutal et durable, alors qu'en Ouganda, il est plus modeste et a vite cédé la place à une nouvelle baisse. Il y a sans doute là la marque des manières différentes dont l'épidémie s'est diffusée dans ces deux pays. En Ouganda, l'épidémie de sida est plus ancienne, mais elle a aussi moins progressé ces derniers temps. Peut-être, dans ce contexte, la transmission de la mère à

---

<sup>5</sup> Seuls, d'après les EDS récentes, sont dans ce cas : le Botswana qui était descendu à 50 p. mille avant l'irruption du sida, l'Afrique du Sud, à 59 p. mille en 1996, le Zimbabwe, à 77 p. mille en 1991 et la Namibie, à 84 p. mille en 1989. Le cas du Kenya, à 96 p. mille en 1990 est plus douteux (Timaues, 1998).

l'enfant a-t-elle pris moins d'ampleur qu'en Zambie où, plus récente, l'épidémie a aussi plus violemment explosé.

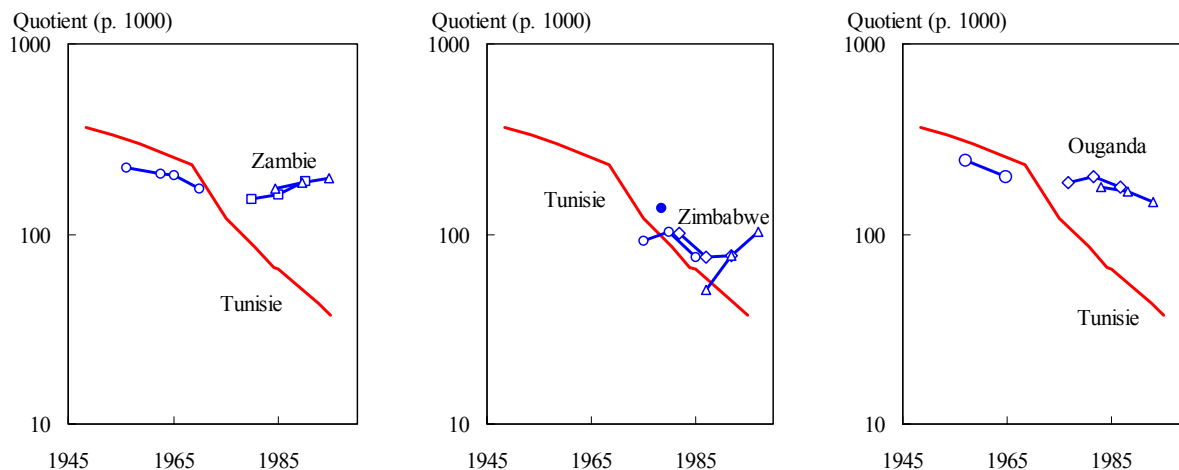


Figure 7

**Évolution comparée du quotient de mortalité entre 0 et 5 ans dans trois pays d'Afrique sub-saharienne touchés par le sida et en Tunisie.**

(Sources : Waltisperger et al., 2001, pour la Tunisie ; Gaisie et al., 1993 et CSO, 1997 pour la Zambie ; CSO, 1989, 1995 et 2000 pour le Zimbabwe ; Kaijuka et al. 1989 et Statistics Department, 1996 pour l'Ouganda ; Hill, 1993 pour les données anciennes)

Mais c'est sans doute le cas du Zimbabwe qui est ici le plus marquant, même si les résultats d'enquête suscitent davantage de critiques. Les EDS fournissent en général chacune trois points d'observation relativement fiables, portant respectivement sur les périodes de 0-4, 5-9 et 10-14 ans avant l'enquête. Parfois, cependant les données recueillies pour la période la plus ancienne sont plus douteuses non seulement en raison des défaillances de la mémoire des enquêtées, mais aussi parce que les échantillons ne comprennent pas de femmes de plus de 55 ans au moment de l'enquête et que les enfants de femmes plus âgées nés 10-14 ans avant l'enquête ont probablement une mortalité plus forte que les enfants nés de femmes plus jeunes. Ces problèmes semblent avoir plus fortement affecté les enquêtes zimbabwéennes de 1988-1989 et 1999 que d'autres (CSO, 1989). De fait, si l'on fait abstraction des points les plus anciens de chaque enquête, la trajectoire du Zimbabwe devient très cohérente et apparaît clairement comme la plus brutale des trois (figure 7). En effet, de 1976-80 à 1985-89, la mortalité infanto-juvénile diminuait presque aussi vite au Zimbabwe qu'en Tunisie, ce qui, d'ailleurs, faisait de ce pays une exception en Afrique sub-saharienne. En revanche, l'épidémie de sida y a été particulièrement violente, provoquant une remontée en flèche de la mortalité des enfants depuis le début des années quatre-vingt-dix.

Il est intéressant de distinguer à ce sujet la mortalité infantile proprement dite de la mortalité à 1-4 ans (figure 8). Tant le mouvement de baisse que la remontée récente sont nettement plus accusés pour la seconde, plus sensible aux maladies infectieuses, que pour la première. Contrairement aux autres pays d'Afrique sub-saharienne, jusqu'aux années quatre-vingt, le pays était bien en pleine phase d'éradication de la mortalité infectieuse, mouvement que l'irruption du sida a complètement remis en cause.

Mais si le sida affecte ainsi davantage les enfants de 1-4 ans que les nouveau-nés, il ne faut pas perdre de vue que c'est essentiellement une maladie d'adultes. Malheureusement, les données sur la mortalité des adultes sont encore plus rares et déficientes que pour la mortalité des enfants. Les EDS donnent toutefois, là aussi, quelques résultats intéressants, à travers la méthode des frères et sœurs (les femmes sont interrogées sur la survie de leurs frères et sœurs).

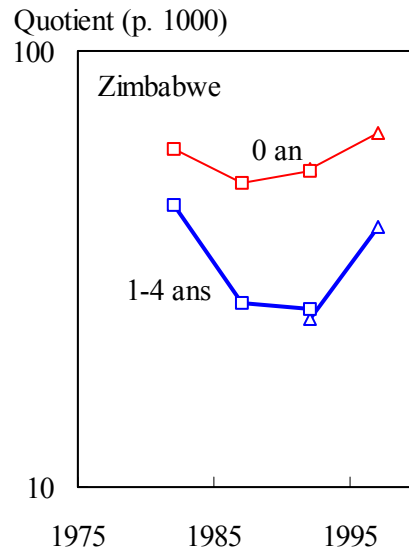


Figure 8  
**Évolution des quotients de mortalité à 0 et à 1-4 ans au Zimbabwe d'après les trois dernières EDS.**  
 (Sources : CSO, 1989, 1995 et 2000)

Ian Timæus (1998) a récemment fait une excellente analyse systématique des données des 11 pays pour lesquels de telles informations étaient ainsi disponibles. On y constate effectivement la remontée dramatique de la mortalité des adultes dans les 6 pays touchés par le sida alors que dans les 5 autres, cette mortalité diminue (figure 9). Au Zimbabwe, par exemple, le quotient de mortalité à 15-60 ans avait presque triplé pour les hommes et plus que doublé pour les femmes, de l'enquête de 1988-1989 à celle de 1994 alors qu'au Sénégal elle avait diminué de 25 % pour les hommes et de 40 % pour les femmes.

Cependant les résultats illustrés à la figure 9 couvrent des périodes différentes selon les dates d'enquête et, s'agissant du Zimbabwe, une nouvelle enquête a eu lieu depuis l'étude de Ian Timæus. Dans ce dernier pays, l'enquête de 1999 montre que la situation s'est encore considérablement aggravée depuis celle de 1994 (figure 10). Pour rendre compte de l'évolution de la mortalité adulte par groupes d'âges d'une enquête à l'autre, nous avons pris en référence une table type correspondant au niveau de la mortalité infantile observé lors de la première enquête, alors qu'il y avait encore peu de sida.

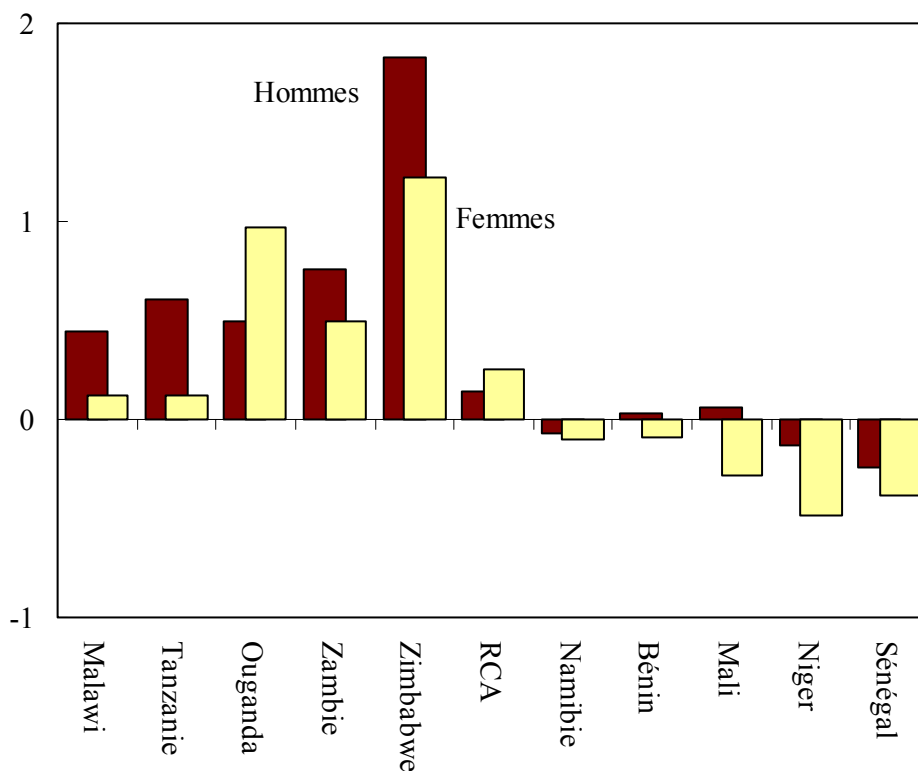


Figure 9

**Variations de la mortalité adulte (quotient de mortalité à 15-59 ans) dans les 6 années précédant l'enquête, d'après Ian Timæus (1998)**

Le rapport de l'enquête de 1994 donne des taux par groupes d'âges pour la période des 10 années précédant l'enquête : 1984-1993. Celui de l'enquête de 1999 donne des estimations séparées pour les deux périodes de 5 ans la précédant : 1989-1993 et 1994-1998. La figure 10 comporte ainsi 3 états de la question, le premier chevauchant pour moitié le second. Dès 1984-1993, la surmortalité est patente entre 25 et 50 ans chez les hommes, 20 et 40 ans chez les femmes ; le phénomène s'est considérablement amplifié et étendu de part et d'autre des premiers groupes d'âges concernés. Au cours de la dernière période, la mortalité féminine à 30-35 ans est 4,5 fois plus élevée que celle du modèle et ce rapport atteint même 7 chez les hommes !

Il est vrai que le Zimbabwe est, de tous les pays disposant de telles données, celui où les conséquences du sida sont les plus aiguës. Nous avons, à la figure 11, rapporté les taux de mortalité par âge observés entre 15 et 50 ans lors de la dernière enquête disponible en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe à ceux de tables types appropriées. L'ampleur du cas Zimbabwéen prend tout son relief. Et pourtant, même en Ouganda où le phénomène paraît beaucoup plus modeste, les taux à 30-34 ans sont près de deux fois ceux du modèle pour les femmes et de trois fois pour les hommes.

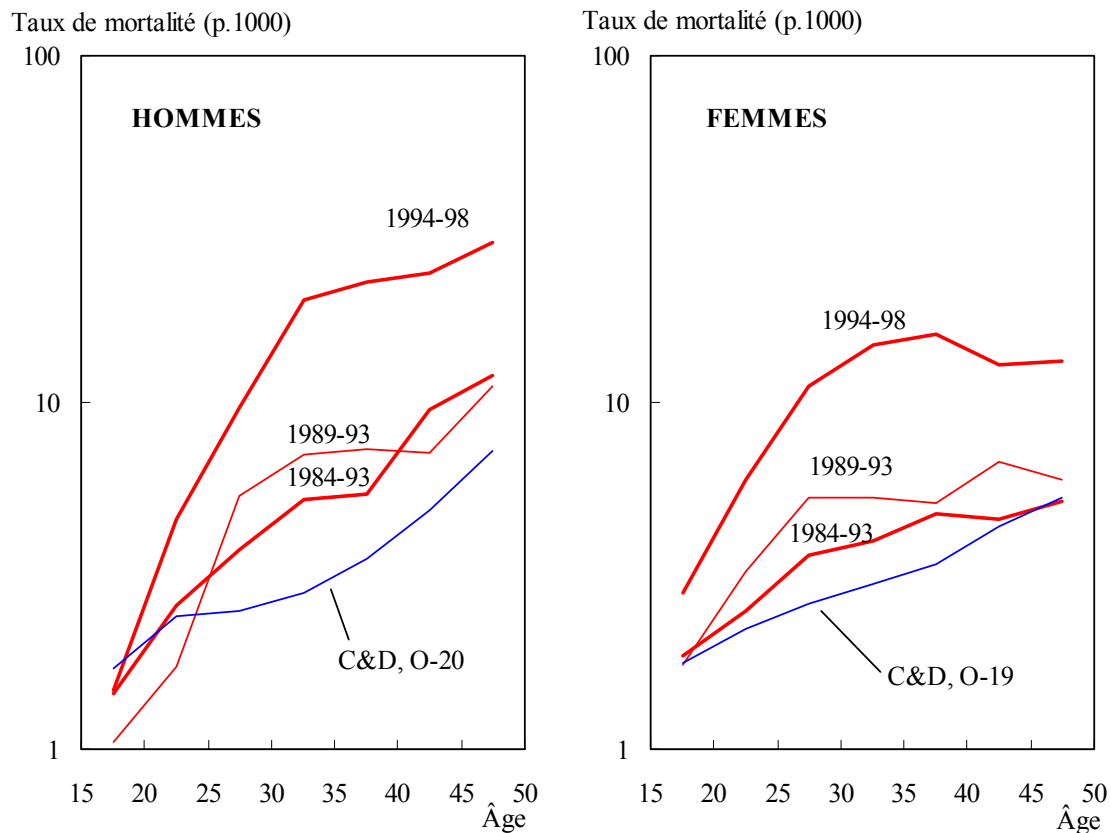


Figure 10

**Évolution des taux de mortalité par groupe d'âges au Zimbabwe, comparés à la table type de Coale et Demeny, modèle Ouest niveau 20 pour les hommes et 19 pour les femmes**  
(Sources : CSO, 1995 et 2000)

Cette déformation de la courbe de mortalité est évidemment caractéristique des conséquences du sida qui frappe de manière privilégiée les adultes sexuellement actifs. On voit aussi la marque de la transmission hétérosexuelle du VIH dans le fait que la surmortalité par rapport aux modèles est sensiblement plus jeune chez les femmes que chez les hommes, notamment en Zambie et au Zimbabwe où l'épidémie est plus récente et plus violente qu'en Ouganda.

Pour conclure sur la remise en cause de la transition par l'irruption du sida, il faut rappeler que dans certains pays l'épidémie n'a flambé que très récemment et que les conséquences à venir risquent d'y être beaucoup plus importantes que ce qui peut transparaître aujourd'hui à travers des enquêtes disponibles. En se fondant sur des simulations du développement de l'épidémie les Nations unies ont calculé les évolutions de l'espérance de vie qui pourraient en découler, pour 29 pays d'Afrique, 3 d'Asie et 2 d'Amérique latine (Nations unies, 2000). Partant des prévalences estimées de séropositivité



au VIH, les auteurs de l'étude ont modélisé l'incidence et son évolution attendue, de façon à calculer ensuite celle des décès.

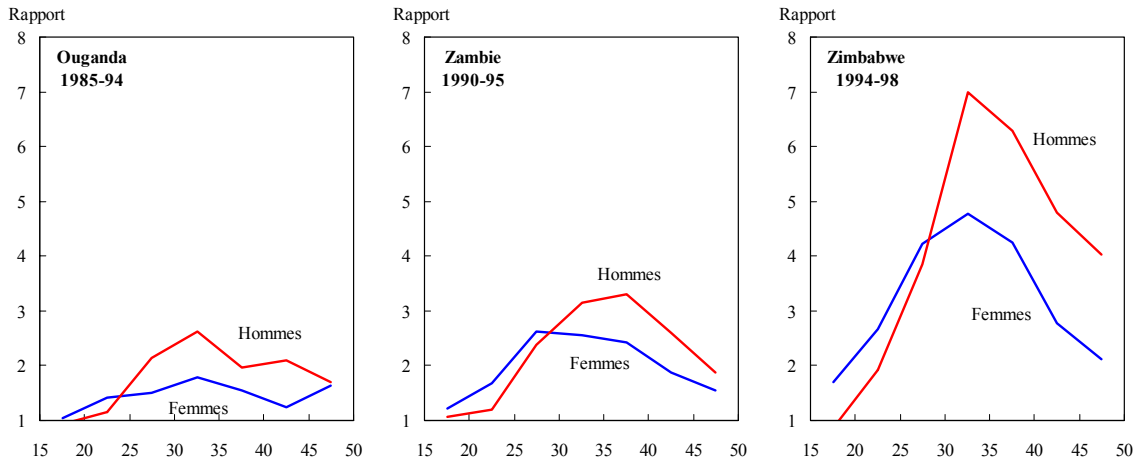


Figure 11

**Évolution récente de la mortalité adulte dans trois pays touchés par le sida : rapport des taux de mortalité par groupes d'âges donnés par la dernière EDS à ceux de tables types<sup>6</sup>**

(Sources : Statistics Department, 1996, pour l'Ouganda ; CSO, 1997, pour la Zambie ; CSO, 2000, pour le Zimbabwe)

Parmi ces 34 pays, six seront particulièrement touchés, tous en Afrique de l'Est ou du Sud (figure 12). Entre le point le plus haut déjà observé et le point estimé ou projeté le plus bas, la Zambie aurait d'ores et déjà perdu 11 ans d'espérance de vie, la Namibie près de 13, le Zimbabwe près de 17, tandis que l'Afrique du Sud risque d'en perdre plus de 18, le Lesotho plus de 21 et le Botswana plus de 26 ! Lorsque les résultats ainsi obtenus par pays sont réintégrés dans les projections globales par grandes régions, ce sont évidemment l'Afrique australe et l'Afrique de l'Est qui sont les plus touchées, mais aucune région de l'Afrique sub-saharienne n'est totalement épargnée et le contraste est frappant avec l'Afrique du Nord (figure 13).

Ainsi le sida est-il, pour l'Afrique, le facteur le plus violent de déviation par rapport au schéma classique de la transition épidémiologique. L'irruption de cette nouvelle maladie infectieuse, accompagnée de sa cohorte de maladies opportunistes, paraît même devoir replonger certains pays africains vers les niveaux d'espérance de vie qui prévalaient au tout début de la seconde phase de la transition selon Omran. Il est vrai que, une fois l'épidémie endiguée, leur redémarrage pourrait être, selon les projections des Nations unies, beaucoup plus rapide que ne l'était leur progression avant le choc.

<sup>6</sup> Nous avons choisi pour chaque pays et chaque sexe la table type du modèle ouest de Coale et Demeny dont le niveau de mortalité infantile se rapprochait le plus de celui observé à l'enquête : niveaux 15 (sexe féminin) et 16 (sexe masculin) pour l'Ouganda et la Zambie et niveaux 19 et 20 pour le Zimbabwe.

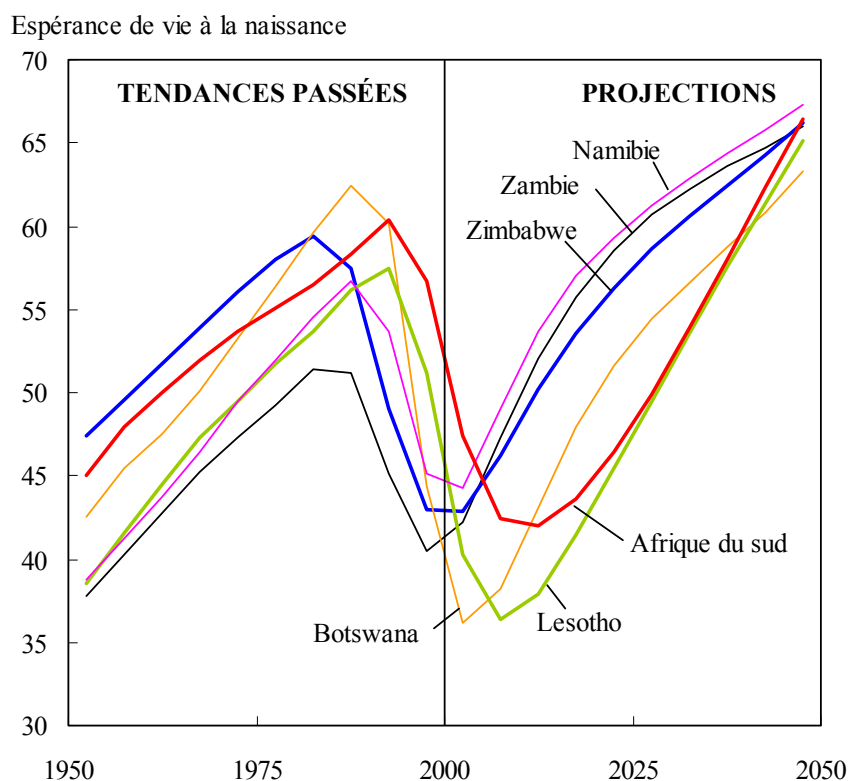


Figure 12  
**Tendances passées et projetées de l'espérance de vie à la naissance dans les 6 pays les plus touchés par le sida**  
 (Sources : Nations unies, 2001)

Le sida n'est pas pour autant le seul facteur de déviation. On a déjà mentionné plus haut les ponctions faites par les guerres et autres violences politiques, qui, malheureusement ne sont pas rares en Afrique : Mozambique, Éthiopie, Rwanda, Sierra Leone, Liberia, Érythrée, Somalie, Angola, République démocratique du Congo, etc. Certaines données en portent la marque, mais le plus souvent l'information fait défaut, soit en raison des troubles eux-mêmes soit parce que les pays les plus touchés sont aussi ceux où l'administration statistique est la plus déficiente. Dans certain cas, comme le Rwanda par exemple, l'amputation de l'espérance de vie a peut-être été aussi forte que celle due au sida. Là encore, l'Afrique paraît avoir bien du mal à se défaire d'une cause de décès caractéristique des première et seconde phases de la transition épidémiologique.

Les conséquences pour l'espérance de vie de la crise économique des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix sont moins évidentes. Une analyse systématique des évolutions de la mortalité infantile et juvénile vues à travers les EDS et comparées à des données macro-économiques effectuée au début des années quatre-vingt-dix ne faisait apparaître aucune relation entre les deux (Barbieri et Vallin 1996). Cela ne signifiait probablement pas qu'il

n'y en avait pas mais plutôt que l'on manquait de recul pour la déceler. Aujourd'hui, la mise en relation est encore plus difficile, du fait de l'ampleur prise par le sida.

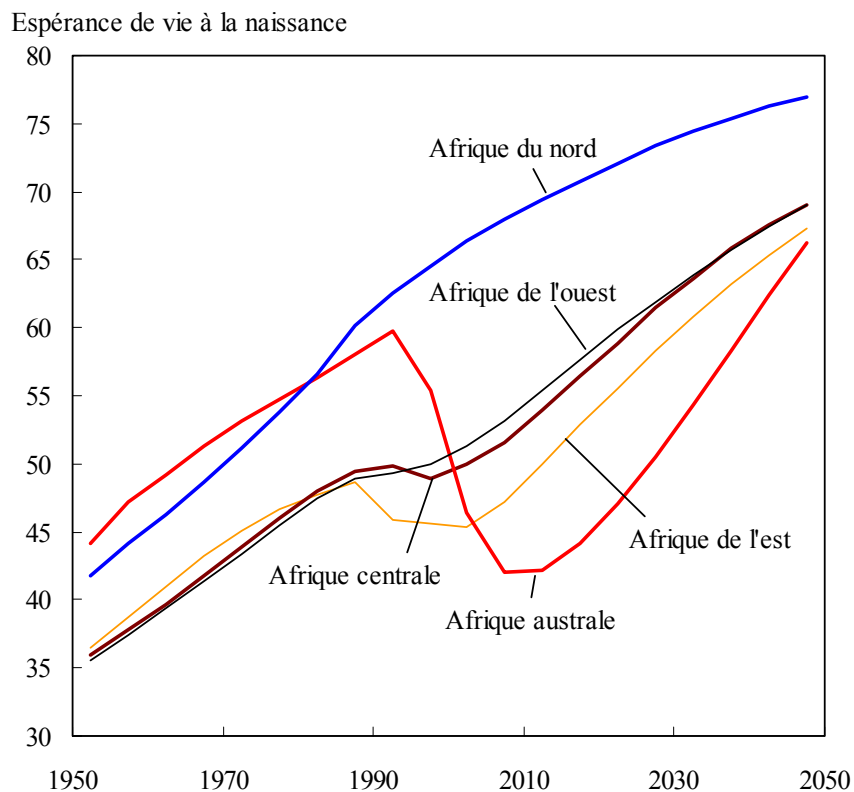


Figure 13  
**Tendances passées et projetées de l'espérance de vie à la naissance dans les 6 régions de l'Afrique**  
 (Sources : Nations unies, 2001)

Quoi qu'il en soit, entre le retard qu'elle a pris, faute d'accélération du progrès sanitaire depuis les années cinquante, et la brutale remise en cause des maigres acquis par le sida, l'Afrique est décidément loin d'avoir achevé la seconde phase de la transition épidémiologique d'Omran.

Cette exception dramatique ne remet pas vraiment en cause la théorie de la transition épidémiologique elle-même. Elle indique seulement que certains pays, pour des raisons propres à leur histoire, leur économie ou à leur culture ont rencontré de graves obstacles à la réalisation de certaines étapes. Les pays d'Afrique sub-saharienne, plus perméables que beaucoup d'autres à la transmission généralisée du VIH du fait des pratiques de partenariats multiples et de la grande variabilité des écarts d'âges entre partenaires, ont reçu de plein fouet le choc de l'épidémie à une époque où leurs économies encore très fragiles se trouvaient confrontées à celui de la crise économique mondiale qui avait déjà, entre autres,

mis à mal les maigres services sanitaires de ces pays. Des moyens de prévention ou même, plus récemment, de traitement, existent et peuvent être efficaces, comme on le constate dans les pays du Nord, mais ils restent pour l'essentiel hors de portée des moyens financiers de l'Afrique. De meilleures politiques de santé, assorties de moyens économiques adéquats, pourraient permettre à tous ces pays de poursuivre leur transition épidémiologique.

En fait, ce qui remet plus fondamentalement en cause le principe de la transition épidémiologique telle que la concevait Abdel Omran, c'est la reprise de la croissance rapide de l'espérance de vie observée dans les pays occidentaux depuis les années soixante-dix (Vallin et Meslé, 2000). Peut-on se contenter d'ajouter une quatrième phase à la théorie initiale d'Omran pour en rendre compte (Olshansky et Ault, 1986 ; Rogers et Hackenberg, 1987 ; Omran, 1998) et faut-il en outre en rajouter une cinquième pour faire sa place à l'irruption du sida (Olshansky *et al.*, 1998) ? Il nous semble plutôt que la théorie est à reconstruire. D'une part, nous venons de le dire, l'émergence ou la réémergence de maladies infectieuses ne relève pas d'une logique différente de celle qui prévalait aux beaux jours de la seconde phase de la transition selon Omran : le péril infectieux n'est jamais complètement écarté, il est seulement maîtrisé et si les conditions de la lutte sont défavorables, il peut se produire des retours en arrière comme l'illustre dramatiquement l'Afrique. Plus que la théorie initiale d'Omran, c'est l'idée de convergence rapide vers un niveau maximum d'espérance de vie qui est en cause. De même, le succès obtenu dans les pays occidentaux à propos des maladies cardio-vasculaires depuis les années soixante-dix relève d'une nouvelle stratégie, alliant haute technologie médicale et changements de comportements individuels, notamment dans le domaine alimentaire, à laquelle toutes les sociétés n'étaient pas nécessairement préparées. L'exemple des pays de l'Est le montre bien (Meslé *et al.*, 1998) mais la question ne va pas tarder à se poser pour nombre de pays en développement ayant dépassé 70 ans d'espérance de vie : parviendront-ils à rattraper aussi les pays de l'Ouest sur ce terrain comme ils l'ont fait sur celui des maladies infectieuses ? Il est temps, comme le proposaient Julio Frenk *et al.* (1991) il y a une dizaine d'années, d'élargir la problématique en préférant au concept de « transition épidémiologique » celui de « transition sanitaire » pour y englober non seulement l'évolution des caractéristiques épidémiologiques de l'état sanitaire mais aussi celle des réponses des sociétés à cet état sanitaire (Meslé et Vallin, 2000).

**BIBLIOGRAPHIE**

- ATTAMA Sabine, SEROUSSI Michka, KOURGUENI Idrissa Alichina, KOICHE Arouna et BARRERE Bernard, 1999. – *Enquête démographique et de santé, Niger, 1998*. – Columbia, Macro International Inc., 358 p.
- AWUSABO-ASARE Kofi, BOERMA J. Ties et ZABA Basia (éd.), 1997. – Evidence of the socio-demographic impact of AIDS in Africa, *Health Transition Review*, vol. 7, n° suppl. 2, p. 1-188.
- BALEPA Martin, FOTSO Médard et BARRERE Bernard, 1992. – *Enquête démographique et de santé, Cameroun, 1991*. – Columbia, Macro International Inc., 286 p.
- BARBIERI Magali et VALLIN Jacques, 1996. – Les conséquences de la crise économique africaine sur l'évolution de la mortalité, *in* : Jean COUSSY et Jacques VALLIN (dir.), *Crise et population en Afrique. Crises économiques, programmes d'ajustement et dynamiques démographiques*, p. 319-343. – Paris, CEPED, xx p. + 580 p. (Les Études du CEPED, n° 13).
- CARAËL Michel et SCHWARTLÄNDER Bernhard (éd.), 1998. – Demographic impact of AIDS, *AIDS*, vol. 12, n° suppl. 1, p. S1-S50.
- COALE Ansley et DEMENY Paul, 1983. – *Regional model life tables and stable populations*. – New York et Londres, Academic Press, 496 p. (Deuxième édition).
- COUSSY Jean et VALLIN Jacques (dir.), 1996. – *Crise et population en Afrique : crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques*. – Paris, CEPED, 580 p. (Les Études du CEPED , n° 13).
- CSO (Central Statistical Office), 1989. – *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1988*. – Columbia (Maryland), Macro International Inc., 170 p.
- CSO (Central Statistical Office), 1995. – *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1994*. – Calverton (Maryland), Macro International Inc., 307 p.
- CSO (Central Statistical Office), 1997. – *Zambia Demographic and Health Survey 1996*. – Calverton (Maryland), Macro International Inc., 273 p.
- CSO (Central Statistical Office), 2000. – *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1999*. – Calverton (Maryland), Macro International Inc., 289 p.
- FEACHEM Richard G. et JAMISON Dean T (éd.), 1991. – *Disease and mortality in Sub-Saharan Africa*. – Oxford, Oxford University Press, 356 p. (a World Bank publication).
- FOTSO Médard, NDONOU René, LIBITÉ Paul Roger, TSAFACK Martin, WAKOU Roger, GHAPOUTSA Aboubakar, KAMGA Samuel, KEMGO Pierre, FANKAM Michel Kwekem, KAMDOUM Antoine et BARRÈRE Bernard, 1999. – *Enquête démographique et de santé, Cameroun, 1998*. – Columbia, Macro International Inc., 328 p.
- FOS (Federal Office of Statistics), 1992. – *Nigeria demographic and health survey, 1990*. – Columbia, Macro International Inc., 243 p.

- FRENK Julio, BOBADILLA José Luis, STERN Claudio, FREJKA Tomas et LOZANO Rafael, 1991. – Elements for a theory of the health transition, *Health transition review*, vol. 1, n° 1, p. 21-38.
- GAISIE Kwesi, CROSS Anne R. et NSEMUKILA Geoffrey, 1993. – *Zambia Demographic and Health Survey 1992*. – Columbia (Maryland), Macro International Inc., 201 p.
- GRUENAIIS Marc-Éric et POURTIER Roland (dir.), 2000. – La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis, *Afrique contemporaine*, n° 195, p. 1-282.
- HILL Althea, 1989. – La mortalité infantile : niveaux actuels et évolution depuis 1945, in : Gilles PISON, Étienne VAN DE WALLE et Mpembele SALA DIAKANDA (éd.), *Mortalité et société en Afrique au sud du Sahara*, p. 13-34. – Paris, INED, PUF, 446 p. (Col. Travaux et Documents, Cahier n°124).
- HILL Althea, 1991. – Infant and child mortality: levels, trends, and data deficiencies, in : Richard G. FEACHEM et Dean T. JAMISON (éd.), *Disease and mortality in Sub-Saharan Africa*, p. 37-73. – Oxford, Oxford University Press, 356 p.
- HILL Althea, 1993. – Trends in childhood mortality, in : Karen A. FOOTE, Kenneth H. HILL et Linda G. MARTIN (éd.), *Demographic change in Sub-Saharan Africa*, p. 153-217. – Washington D.C., National Academy Press, 379 p.
- IUSSP COMMITTEE ON AIDS et UNIVERSITY OF NATAL 1997. – *Conference on the socio-demographic impact of AIDS in Africa, Durban, South Africa, 3-6 february 1997*. – Liège, UIESP, pagination multiple p.
- KAIJUKA Emmanuel M., KAIJA Edward Z. A., CROSS Anne R. et LOAIZA Edilberto, 1989. – *Uganda Demographic and Health Survey 1988-89*. – Columbia (Maryland), Macro International Inc., 137 p.
- KOURGUENI Idrissa Alichina, GARBA Bassirou et BARRERE Bernard 1993. – *Enquête démographique et de santé, Niger, 1992*. – Columbia, Macro International Inc., 296 p.
- MESLE France, 1991. – La mortalité dans les pays d'Europe de l'Est, *Population*, vol. 46, n° 3, p. 599-650.
- MESLE France et VALLIN Jacques, 1997. – La mortalité dans le monde : tendances et perspectives, in : Jean-Claude CHASTELAND et Jean-Claude CHESNAIS (éd.), *La population du monde. Enjeux et problèmes*, p. 461-479. – Paris, INED-PUF, 630 p. (Travaux et Documents, n° 139).
- MESLE France et VALLIN Jacques, 2000. – Transition sanitaire : tendances et perspectives, *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, p. 1161-1171.
- MESLÉ France, VALLIN Jacques et SHKOLNIKOV Vladimir, 1998. – Reversal of mortality decline : the case of contemporary Russia, *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel de statistiques sanitaires*, vol. 51, n° 2-3-4, p. 191-206.
- MOSLEY Henry et CHEN Lincoln, 1984. – An analytical framework for the study of child survival in developing countries, *Population and Development Review*, vol. 10, n° suppl., p. 3-45.
- NATIONS UNIES, 2000. – *World population prospects. The 1998 revision. Vol. 3 : Analytical report*. – New York, Nations unies, Population Division, 248 p.
- NATIONS UNIES, 2001. – *World population prospects. The 2000 revision*. – New York, Département des Affaires économiques et sociales internationales, Division de la population, tableaux excel.
- NPC (National Population Commission), 2000. – *Nigeria demographic and health survey, 1999*. – Columbia, Macro International Inc., 321 p.

- OLSHANSKY Jay et AULT Brian, 1986. – The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases, *The Milbank Quarterly*, vol. 64, n° 3, p. 355-391.
- OLSHANSKY S. Jay, CARNES Bruce A., ROGERS Richard G. et SMITH Len, 1998. – Emerging infectious diseases : the Fifth stage of the epidemiologic transition ?, *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel de statistiques sanitaires*, vol. 51, n° 2-3-4, p. 207-217. (Historical epidemiology : mortality decline, and old and new transitions in health, numéro spécial édité par Odile FRANK).
- OMRAN Abdel R., 1971. – The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, p. 509-538.
- OMRAN Abdel R., 1998. – The epidemiologic transition theory revisited thirty years later, *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel de statistiques sanitaires*, vol. 51, n° 2-3-4, p. 99-119. (Historical epidemiology : mortality decline, and old and new transitions in health, numéro spécial édité par Odile FRANK).
- PALLONI Alberto, 1985. – Santé et lutte contre la mortalité en Amérique latine, in : Jacques VALLIN, Alan LOPEZ et Hugo BEHM (éd.), *La lutte contre la mort*, p. 447-473. – Paris, INED, PUF, 542 p. (Coll. Travaux et Documents, cahier n°108 ).
- POPULATION DIVISION, 1998. – The demographic impact of HIV/AIDS. *Population Newsletter*, december, p. 5-7.
- PRESTON Samuel H., 1975. – The changing relation between mortality and economic development, *Population Studies*, vol. XXIX, n° 2, p. 231-248.
- ROGERS Richard G. et HACKENBERG Robert, 1987. – Extending epidemiologic transition theory, *Social Biology*, vol. 34, p. 234-243.
- SHKOLNIKOV Vladimir, MESLE France et VALLIN Jacques, 1995. – La crise sanitaire en Russie, *Population*, vol. 50, n° 4-5, p. 907-982.
- STATISTICS DEPARTMENT, 1996. – *Uganda Demographic and Health Survey 1995*. – Calverton (Maryland), Macro International Inc., 299 p.
- TIMEUS Ian M. 1998. – Impact of the HIV epidemic on mortality in Sub-Saharan Africa: evidence from national surveys and censuses, *AIDS*, vol. 12, n° supp. 1, p. S15-S27. (Demographic impact of AIDS, éd. par Michel Caraël et Bernhard Schwartländer).
- VALLIN Jacques, 1989. – Théorie(s) de la baisse de la mortalité et situation africaine, in : Gilles PISON, Daniel SALA DIAKANDA et Étienne VAN DE WALLE (éd.), *Mortalité et Société en Afrique au sud du Sahara*, p. 399-431. – Paris, INED, PUF, 446 p. (Travaux et documents, Cahier n° 124).
- VALLIN Jacques et MESLE France, 2001. – Évolution de la mortalité en Europe depuis 1950 : mortalité par âge, sexe et causes de décès, in : *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle*, p. 33-188. – Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 344 p. (Études démographiques n° 36).
- WALTISPERGER Dominique, VALLIN Jacques et BEN MRAD Abdelhamid, 2001. – La dynamique naturelle de la population depuis l'Indépendance, in : Jacques VALLIN et Thérèse LOCOH (dir.), *Population et développement en Tunisie : la métamorphose*, p. 53-88. – Tunis, Cérès Éditions, 801 p.

## **Chapitre 5**

# **MORTALITE DES ENFANTS ET ENJEUX SANITAIRES AU MALI**

*Seydou Moussa TRAORE*

*Direction nationale de la statistique et de l'informatique*

*(DNSI, Bamako, Mali)*



En dépit d'une baisse continue de la mortalité au cours des dernières décennies et d'un développement pour l'instant très limité (en comparaison d'autres pays africains) de l'épidémie de sida, le Mali figure parmi les pays ayant la plus forte mortalité au monde<sup>1</sup>. Plus d'un enfant sur cinq y décède avant l'âge de 5 ans. C'est dire que la situation sanitaire est préoccupante. C'est reconnaître aussi que des progrès considérables restent possibles : la plus grande partie des décès des enfants dépend de maladies que l'on sait soigner, généralement avec des médicaments peu coûteux, ou qui pourraient être évitées, notamment par la vaccination ou l'évolution de certains comportements.

L'objet de ce chapitre est d'analyser les facteurs et les caractéristiques de la mortalité afin de fournir aux décideurs des outils pour la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé.

Nous mettrons l'accent sur la mortalité des enfants (avant 5 ans), d'une part parce qu'elle conditionne largement le niveau de la mortalité générale et, d'autre part, parce qu'elle est plus facile à mesurer que la mortalité adulte. Après une première partie consacrée à l'évolution et aux différentiels de la mortalité aux jeunes âges, les facteurs de la mortalité relevant des comportements de reproduction et de l'accès aux structures de soins sont successivement traités. L'épidémie de sida fait l'objet de la dernière partie.

Nous utiliserons les résultats des trois enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées au Mali en 1987, 1995/96 et 2001<sup>2</sup>. La comparabilité de données issues d'opérations distinctes présente toujours des limites, liées notamment à la taille variable des effectifs enquêtés, à l'évolution des procédures de collecte et à leur mise en œuvre. Les variations irrégulières ou de petite ampleur sont à ce titre sujettes à caution ; seules les évolutions continues et significatives retiendront notre attention.

## ÉVOLUTION ET DIFFÉRENTIELS DE LA MORTALITÉ DANS L'ENFANCE

### Un enfant sur cinq décède avant l'âge de 5 ans

Au Mali, la mortalité est élevée tout au long des premières années de la vie. Selon les données les plus récentes, concernant la période 1996-2001, ce sont à peine 9 enfants sur dix (89 %) qui survivent à leur premier anniversaire et moins de 8 enfants sur 10 (77 %) qui parviennent à leur cinquième anniversaire (tableau 1). Le premier mois de vie est une période particulièrement meurtrière : les risques de décès liés aux conditions de l'accouchement et à ses suites (notamment le tétanos néo-natal) s'y ajoutent aux causes

---

<sup>1</sup> Selon les estimations les plus récentes des Nations unies (United Nations, 2003), le Mali se situe au 166<sup>ème</sup> rang (sur 192 pays) quant au niveau de la mortalité avant l'âge de 5 ans sur la période 1995-2000.

<sup>2</sup> Ce chapitre a été rédigé en s'appuyant sur les rapports définitifs des enquêtes EDS (Ballo *et al.*, 2002 ; Coulibaly *et al.*, 1996 ; Traoré *et al.*, 1989), en particulier les chapitres traitant de la mortalité des enfants (Ba et Singare, 2002 ; Traore et Dicko, 1996), de la santé de la mère et de l'enfant (Maiga *et al.*, 2002 ; Traore, 1996), de la mortalité maternelle (Ayad, 2002 ; Barrère, 1996) et du VIH/SIDA (Ayad *et al.*, 2002). Les tableaux présentés ont été obtenus sur le site internet du programme EDS (<http://www.measuredhs.com>).

de mortalité « endogènes », d'origine biologique et antérieures à l'accouchement. La moitié des décès de la première année de vie surviennent avant la fin du premier mois. Passé le cap de la première année, le risque de décéder avant le cinquième anniversaire reste élevé, et même légèrement supérieur à celui de la première année. Cette période de « surmortalité juvénile » est une caractéristique des régimes africains de forte mortalité. Elle traduit à la fois la fragilité immunitaire des enfants et les problèmes nutritionnels auxquels ils sont exposés quand le lait maternel ne suffit plus à couvrir leurs besoins alimentaires<sup>3</sup>.

Tableau 1  
**La mortalité dans l'enfance et ses composantes**  
**(mortalité néonatale, post-néonatale, infantile et juvénile).**  
 Indicateurs calculés sur les naissances des 5 années précédant l'enquête.  
 Enquête démographique et de santé, 2001.

Mortalité	Quotient de mortalité (‰)
Néonatale (avant 1 mois)	57
Post-néonatale (entre 1 mois et 1 an)	56
Infantile (avant 1 an), ${}_1q_0$	113
Juvénile (entre 1 et 5 ans), ${}_4q_1$	131
Infanto-juvénile (avant 5 ans), ${}_5q_0$	229

### Une baisse continue de la mortalité, principalement entre 1 et 5 ans

La mortalité des enfants a cependant connu une baisse continue au cours des vingt-cinq dernières années (figure 1). Au milieu des années soixante-dix, plus d'un enfant sur trois décédait avant l'âge de 5 ans (36 % contre 23 % en 1996-2000), soit une baisse de 36 %. Ce progrès a porté sur tous les âges mais il a été plus significatif entre 1 et 5 ans (figure 2). Le risque encouru par un enfant âgé de 1 an de décéder avant son cinquième anniversaire ( ${}_4q_1$ ) est passé de 23 % à 13 %, soit une baisse supérieure à 40 %. Le progrès a été continu jusqu'à la fin des années quatre-vingt mais s'est ralenti depuis. La mortalité infantile a également diminué, dans ses composantes néonatale (avant 1 mois) et post-néonatale (entre 1 mois et 1 an) mais plus lentement : la réduction est de l'ordre de 15 % entre les années soixante-dix et le début des années quatre-vingt-dix (14 % d'enfants décédés avant l'âge d'1 an, contre 17 % vingt-cinq ans plus tôt).

<sup>3</sup> Cette recrudescence de la mortalité, principalement pendant la deuxième et la troisième année de vie, tiendrait en fait à l'interaction de différents facteurs (Cantrelle, 1980, 1986 ; Akoto, 1985) : la disparition, au cours de la première année, de l'immunité acquise auprès de la mère alors que l'immunité active n'est pleinement efficace qu'à la fin de la troisième année de vie ; les carences nutritionnelles en l'absence d'un complément alimentaire au lait de la mère, nécessaire à partir de l'âge de 6 mois ; enfin le sevrage qui, selon ses modalités (en terme de changement alimentaire et de changement de comportements à l'égard de l'enfant), est susceptible de contribuer à la détérioration de l'état nutritionnel et de la résistance de l'enfant.

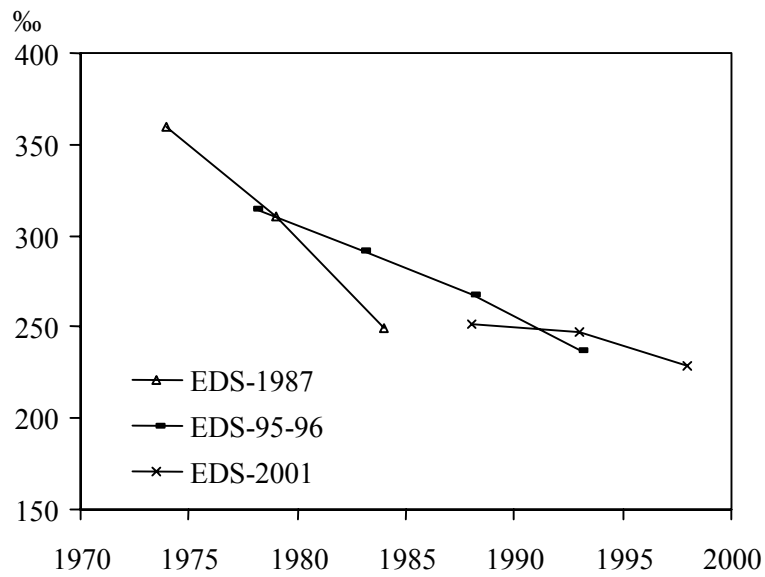


Figure 1  
**Évolution de la mortalité infanto-juvénile. Probabilité de décéder avant 5 ans ( ${}_5q_0$ , ‰).**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

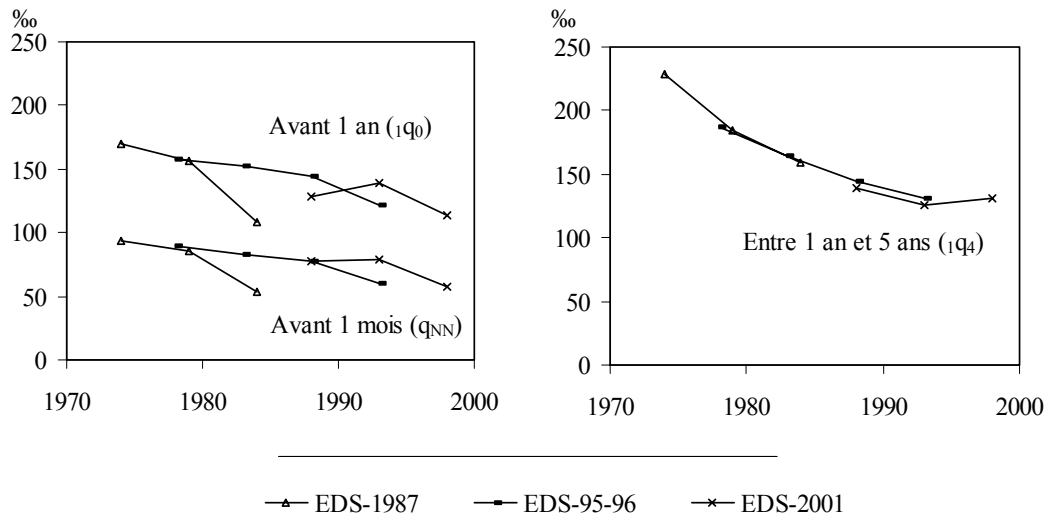


Figure 2  
**Évolution de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile.**  
**Probabilité de décéder avant 1 an ( ${}_1q_0$ , ‰)**  
**et probabilité de décéder entre 1 et 5 ans ( ${}_4q_1$ , ‰).**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Les indicateurs de la période la plus récente suggèrent une accélération de la baisse de la mortalité infantile mais cette évolution reste à confirmer ; il n'est pas exclu en effet qu'elle résulte d'une sous-estimation de la mortalité infantile pendant les années précédant l'enquête, comme cela fût déjà le cas avec les enquêtes précédentes, en particulier celle de 1987<sup>4</sup>. Ayant diminué plus rapidement, la mortalité juvénile, autrefois plus élevée, présente désormais un niveau très proche de celui de la mortalité infantile.

### **Milieu de résidence et instruction des mères : deux facteurs de différenciation importants de la mortalité des enfants**

Compte tenu des effectifs enquêtés, l'évolution de la mortalité par catégorie de population ne peut être décrite aussi précisément que celle de la mortalité générale. C'est donc en comparant la mortalité des enfants sur la période des 10 années précédant les trois enquêtes EDS, et en se limitant au risque de décéder avant l'âge de 5 ans, que les tendances de la mortalité selon différentes caractéristiques socio-démographiques seront abordées (tableau 2).

La baisse de la mortalité a touché les enfants des deux sexes, mais a été un peu plus prononcée pour les filles (18 % contre 11 % pour les garçons, avant 5 ans). Le niveau légèrement supérieur de la mortalité des garçons résulte de la surmortalité masculine, d'origine biologique, dans les premières semaines de vie, une caractéristique générale en l'absence de discrimination liée au sexe.

Le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère sont deux facteurs de variation importants de la mortalité des enfants : la probabilité de survie est plus élevée en ville qu'en milieu rural et elle augmente avec le niveau de scolarisation des mères (tableau 2). Mais, fait notable, ce sont les groupes de populations avec la mortalité la plus élevée qui ont bénéficié de la baisse la plus importante. Ainsi, le recul de la mortalité a principalement touché le milieu rural (baisse de 16 % contre 8 % en milieu urbain), les enfants des femmes non instruites (baisse de 15 % contre 9 % chez les femmes les plus instruites) et les groupes de régions « Mopti, Tombouctou, Gao » et « Kayes, Koulikoro » (baisse respective de 24 % et 16 % contre 1 % pour les régions « Sikasso, Ségou »)<sup>5</sup>. Cependant la relation entre le rythme de la baisse et le niveau de la mortalité n'est pas univoque. D'une part la région de Bamako, qui présente le niveau de mortalité le plus bas a connu une baisse comparable à la moyenne nationale, l'écart rural/urbain s'établit donc principalement au détriment des villes secondaires. D'autre part, les femmes qui ont atteint un niveau de scolarisation primaire se distinguent, à la fois des femmes plus instruites et des femmes non scolarisées, par une augmentation légère mais continue de la mortalité de leurs enfants. Il est probable que cette tendance défavorable relève davantage d'une hétérogénéité croissante de cette catégorie de population que d'une évolution des comportements

<sup>4</sup> Pour une analyse de cette sous-estimation, voir Traore et Dicko (1996).

<sup>5</sup> Par souci de comparaison, le regroupement des régions présenté est celui qui a été adopté par l'enquête de 1987. Les résultats plus détaillés fournis par les enquêtes de 1995/96 et de 2001 confirment l'homogénéité entre les régions regroupées dans les catégories utilisées. Ainsi d'après l'enquête de 2001, le quotient de mortalité infanto-juvénile est de 250 ‰ dans la région de Kayes, 219 ‰ dans celle de Koulikoro, 235 ‰ dans la région de Sikasso, 248 ‰ dans celle de Ségou, 291 ‰ dans la région de Mopti et 288 ‰ dans celle de Kidal/Gao/Tombouctou.

sanitaires : quand l'accès à l'école est faible, la scolarisation des filles repose sur une démarche volontariste des parents, un investissement en faveur des enfants dont on peut penser qu'il se traduit aussi par un encadrement sanitaire plus important ; quand la scolarisation se développe, elle touche des groupes plus diversifiés, en termes socio-économiques et de comportements à l'égard des enfants.

Tableau 2  
**Mortalité avant 5 ans, selon différentes caractéristiques socio-démographiques**  
 (5q<sub>0</sub>, .p. 1000).

Indicateurs calculés sur les naissances des 10 années précédant l'enquête  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	Date de l'enquête			Évolution (%) 1987-2001
	1987	1995/96	2001	
<i>Sexe de l'enfant</i>				
Masculin	281	257	250	-11
Féminin	276	247	226	-18
<i>Niveau d'instruction de la mère</i>				
Aucun	290	265	247	-15
Primaire	199	205	220	+10
Secondaire et plus	99	102	90	-9
<i>Milieu de résidence</i>				
Rural	303	273	253	-16
Milieu urbain	200	190	185	-8
dont Bamako	157	149	134	-15
<i>Groupe de régions</i>				
Kayes, Koulikoro	279	245	234	-16
Sikasso, Ségou	245	253	242	-1
Mopti, Tombouctou, Gao	380	318	290	-24
Bamako	157	149	134	-15
<i>Mortalité par âge</i>				
Infantile (avant 1 an), <sub>1</sub> q <sub>0</sub> (‰)	131	134	126	-4
Juvénile (entre 1 et 5 ans), <sub>4</sub> q <sub>1</sub> (‰)	170	137	128	-25
<i>Ensemble du Mali</i>	279	252	238	-15

Le rythme plus soutenu de la baisse de la mortalité au sein des catégories les plus défavorisées a contribué à réduire les inégalités mais ne les a pas fait disparaître, loin de là. Le risque de décéder avant 5 ans va du simple au double entre Bamako et le milieu rural, et même au-delà (rapport de 2,2) entre Bamako et les régions septentrionales du pays (Mopti/Tombouctou/Gao). La mortalité des enfants de mères non scolarisées, aujourd'hui comparable à celle des enfants dont la mère est allée à l'école primaire, est cependant 2,7 fois plus élevée que celle des enfants des femmes ayant atteint un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. L'origine de ces différences est à chercher dans les comportements sanitaires des populations mais aussi dans les comportements de fécondité.

**MORTALITE ET COMPORTEMENTS DE REPRODUCTION**

Si le niveau élevé de la mortalité dans l'enfance est un déterminant essentiel de l'adhésion des populations à un idéal de forte fécondité, il est, à l'inverse, partiellement déterminé par certains comportements de reproduction associés au régime de fécondité traditionnel. La réalisation d'une descendance nombreuse, de l'adolescence au terme de la vie féconde, avec un recours limité à la contraception conduit en effet à une proportion conséquente d'enfants sujets à une surmortalité pendant les premiers mois de la vie : les enfants issus de maternités précoces et tardives, les naissances de rang élevé, les enfants issus de grossesses rapprochées. Le tableau 3 rend compte des risques de mortalité associés aux comportements de procréation en comparant la mortalité infantile selon l'âge de la mère à l'accouchement, le rang de naissance et l'intervalle inter-général.

Tableau 3

**Mortalité des enfants et comportements de reproduction. Mortalité infantile (1q<sub>0</sub>, p. 1000).**

Indicateurs calculés sur les naissances des 10 années précédant l'enquête  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques	Année de l'enquête		
	1987	1995/96	2001
<i>Âge de la mère à l'accouchement</i>			
Avant 20 ans	179	181	181
20-29	114	123	111
30-39	121	122	112
40-49	178	135	128
<i>Rang de naissance</i>			
1	172	175	180
2 et 3	117	127	113
4 à 6	112	117	103
7 et plus	149	135	136
<i>Intervalle inter-général (par rapport à la naissance précédente)</i>			
Moins de 2 ans	202	186	177
2-3 ans	86	102	94
4 ans et plus	52	60	61
<i>Ensemble du Mali</i>	131	134	126

L'âge de la mère à l'accouchement et le rang de naissance (deux caractéristiques fortement associées en régime de fécondité ancien) pèsent de façon similaire sur la mortalité infantile, avec un risque de décès maximum pour les premières naissances et les enfants nés de jeunes mères, et une remontée plus modeste de la mortalité pour les naissances de rang élevé ou les grossesses survenues à l'approche de la ménopause. Au cours de la dernière décennie, les enfants issus de très jeunes femmes (généralement à leur premier accouchement) ont ainsi un risque de décéder au cours de la première année de vie supérieur de plus de 60 % à celui des enfants suivants, tandis que la surmortalité est de l'ordre de 20 % pour les enfants issus de grossesses tardives (ou de rang élevé).

Les variations de mortalité associées à l'intervalle entre les naissances sont plus élevées encore. Les intervalles courts (moins de 2 ans) réduisent le degré de récupération des capacités physiologiques de la mère et entraînent également un sevrage précoce de l'aîné. Au cours de la dernière décennie, le risque de mortalité avant un an des enfants nés moins de 2 ans après leur aîné (177 ‰) est près de deux fois plus élevé que celui des enfants nés 2 ou 3 ans plus tard (94 ‰) et 3 fois plus important que celui des enfants nés après un intervalle de 4 ans ou plus (60 ‰).

Notons cependant que la mortalité infantile a reculé pour les enfants de rang élevé (7 et plus), les naissances tardives (de mère âgée de 40 ans ou plus) et les enfants nés moins de 2 ans après la naissance précédente, alors qu'elle est restée relativement stable dans les autres catégories de naissance. La baisse est respectivement de l'ordre de 10 %, 30 % et 12 % au sein de ces trois groupes entre les années 1978-87 et les années 1992-2001. L'écart entre la mortalité encourue par ces catégories à risque et les autres, même s'il reste important, tend ainsi à diminuer.

Les comportements de procréation facteurs de surmortalité pèsent lourdement sur le niveau général de la mortalité infantile car une forte proportion de naissances y est liée et que les risques associés peuvent jouer de manière cumulative (cas par exemple des grossesses tardives, de rang élevé, avec intervalle inter-génésique court). Le tableau 4 propose une quantification des risques liés aux comportements de reproduction et une estimation de la proportion de naissances concernées (parmi les naissances de la période 1996-2001) et de celle des femmes susceptibles de mettre au monde des enfants soumis au risque de surmortalité. Les facteurs de risque pris en considération portent sur le rang de naissance (naissances de rang 1 et naissances de rang 5 et plus), l'âge à l'accouchement (moins de 18 ans ou plus de 34 ans) et l'intervalle écoulé depuis la naissance précédente (inférieur à 2 ans).

Les enfants soumis à des risques de surmortalité liés aux comportements de procréation représentent plus de 60 % des naissances et, au moment de l'enquête, 75 % des femmes en union étaient susceptibles (en l'absence de comportement régulateur de leur fécondité) de concevoir une prochaine naissance relevant d'au moins une des catégories de risque. Parmi les enfants concernés, plus du tiers cumulent plusieurs risques de surmortalité. Les enfants relevant des catégories à risque ont une mortalité 1,6 fois plus élevée que celle des enfants ne présentant aucun des critères de risque retenus. La fécondité précoce et les grossesses rapprochées sont des facteurs de risque particulièrement élevé : les enfants nés de mères adolescentes (moins de 18 ans) ou moins de 2 ans après leur aîné ont, en l'absence d'autre facteur de risque, une probabilité de décéder plus de 2 fois supérieure à celle des enfants n'appartenant à aucune catégorie à risque. La surmortalité est plus élevée encore quand les facteurs de risque se cumulent, la mortalité est ainsi 3 fois plus élevée après un intervalle inter-génésique court quand la grossesse est précoce ou tardive, qu'en l'absence de facteur de risque.

Les différentiels de mortalité associés aux comportements de procréation sont très certainement un élément d'explication des écarts de mortalité précédemment relevés selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère. En effet les populations qui connaissent la mortalité la plus élevée (milieu rural et femmes sans instruction) sont aussi celles où les comportements de procréation à risque (fécondité précoce, descendance élevée, intervalles inter-génésiques de courte durée) sont les plus fréquents (chapitre 7). Mais

l'origine des écarts de mortalité selon les caractéristiques socio-économiques est aussi à chercher dans la disponibilité et le recours aux systèmes de soins.

Tableau 4  
**Comportement procréateur à hauts risques.**  
**Rapport de risque et répartition (en %) des naissances de la période 1996-2001**  
**et des femmes en union selon les catégories de risques.**  
 Enquête démographique et de santé, 2001

Catégories de risque	Naissances des années 1996-2001		Pourcentage de femmes actuellement en union (1)
	Pourcentage de naissances	Rapport de risque	
<i>Ne se trouve dans aucune catégorie à haut risque</i>	29,3	1,0	18,4
<i>Catégorie à haut risque inévitable</i>			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	9,6	1,7	5,9
<i>Catégories à hauts risques simples</i>			
Âge de la mère < 18 ans	8,5	2,1	1,7
Âge de la mère > 34 ans	0,9	0,9	4,5
Intervalle inter-génésique < 24 mois	8,3	2,2	13,6
Rang de naissance > 4	21,3	1,3	12,5
Sous total	39,0	1,6	32,3
<i>Catégorie à hauts risques multiples</i>			
Âge < 18 et intervalle inter-génésique < 24 mois	1,0	3,2	0,7
Âge > 34 et intervalle inter-génésique < 24 mois	0,1	2,9	0,2
Âge > 34 et rang de naissance > 4	12,4	1,1	23,9
Âge > 34, rang > 4 et intervalle inter-génésique < 24 mois	2,4	2,3	7,1
Intervalle inter génésique < 24 mois et rang de naissance > 4	6,2	2,4	11,4
Ensemble des hauts risques multiples	22,0	1,7	43,4
<i>Ensemble des catégories à risques</i>	61,1	1,6	75,7
<i>Total</i>	100,0		100,0

Note : Le rapport de risque est le rapport entre la proportion d'enfants décédés dans la catégorie considérée et la proportion d'enfants décédés parmi les enfants n'appartenant à aucune catégorie de risque.  
 (1) Les femmes sont classées dans les catégories selon le statut qui serait le leur si elles concevaient au moment de l'enquête.

## SANTE ET ACCES AU SYSTEME DE SOINS

Les conditions de vie et l'encadrement sanitaire des populations sont deux déterminants essentiels de la santé et de la mortalité des enfants. Les premières jouent sur l'exposition au risque de contracter des maladies (qualité de l'eau, salubrité de l'environnement) mais aussi, sur la capacité immunitaire des enfants à lutter contre les agents pathogènes (liée notamment à la qualité de l'alimentation). Les infrastructures sanitaires



tiennent quant à elles, un rôle déterminant non seulement du point de curatif mais aussi préventif, au travers des vaccinations et, plus largement, du suivi et de l'information des populations.

L'analyse de l'encadrement sanitaire des grossesses, de la couverture vaccinale et de la prévalence de certaines des maladies les plus courantes des enfants permettront de discuter des progrès accomplis au cours des dernières décennies mais aussi de prendre la mesure des efforts qui restent à déployer pour améliorer la santé et la survie des enfants.

### **Encadrement sanitaire des naissances : des progrès importants mais des inégalités persistantes**

Le suivi des grossesses par du personnel médical et le déroulement des accouchements en maternité sont des paramètres qui jouent significativement sur la santé de la mère et de l'enfant. Le suivi prénatal permet de veiller au bon déroulement de la grossesse, de remédier à certaines carences préjudiciables à la santé de la mère et de l'enfant et d'identifier et d'anticiper d'éventuelles complications à l'accouchement. Il permet aussi de vacciner les femmes enceintes contre le tétanos et par-là même de protéger leur enfant contre le tétanos néo-natal qui est l'une des principales causes de décès des nouveau-nés en Afrique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande quatre visites prénatales au moins, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. L'accouchement en maternité permet de bénéficier des compétences d'un personnel de santé, notamment pour faire face aux éventuelles complications de l'accouchement, mais aussi, plus simplement, de bénéficier d'un environnement aseptisé, protégeant le nouveau-né des agents infectieux, en particulier le tétanos.

La consultation prénatale auprès de professionnels de la santé est une pratique qui s'est considérablement développée : un quart des femmes y avaient recours il y a 15 ans contre plus de la moitié aujourd'hui (tableau 5). Cette pratique était déjà quasi-systématique (96 %) pour les femmes les plus instruites au milieu des années quatre-vingt, et elle l'est devenue pour l'ensemble des femmes résidant à Bamako (95 %). Elle est également entrée dans les mœurs des femmes ayant eu une scolarisation primaire (78 %) ou vivant en milieu urbain (88 %). En revanche, bien qu'elles soient 2 à 3 fois plus nombreuses à y recourir qu'il y a quinze ans, la grande majorité des femmes maliennes, rurales et non scolarisées, sont bien moins couvertes par le suivi prénatal : la moitié d'entre elles seulement en ont bénéficié pour leur dernière grossesse. Précisons également que le suivi régulier de la grossesse ne concerne qu'une partie (environ la moitié) des femmes qui se sont adressées, au moins une fois, à un centre de santé pendant leur grossesse ; si l'on prend en considération une consultation répétée (4 visites au moins), 30 % seulement des femmes ont effectivement été suivies pendant leur dernière grossesse.

L'accouchement dans un établissement sanitaire est une pratique moins fréquente que la consultation prénatale : elle concerne environ 4 naissances sur 10 sur la période récente. Les inégalités entre milieux socio-économiques sont plus marquées encore que pour la consultation prénatale : les naissances en structure sanitaire sont 3 fois moins fréquentes en milieu rural (26 %) et chez les femmes non scolarisées (33 %) qu'en milieu urbain (80 %) et chez les femmes les plus instruites (89 %). Ces écarts traduisent probablement des attentes et des motivations différentes de la part des femmes, mais elles résultent vraisemblablement

aussi des inégalités dans l'accès aux structures sanitaires. À l'évidence, bien des progrès restent possibles en informant les populations et en leur offrant un accès à des formations sanitaires de qualité.

Tableau 5

**Encadrement sanitaire des grossesses et des accouchements.**  
**Proportion (%) de consultations prénatales et d'accouchement en structure sanitaire.**  
 Indicateurs calculés sur les naissances des 3 années précédant l'enquête  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	Date de l'enquête		
	1987	1995/96	2001
<b>Proportion (%) de consultations prénatales (pour la dernière naissance)</b>			
<i>Niveau d'instruction de la mère</i>			
Aucun	22	44	53
Primaire	49	69	78
Secondaire et plus	96	95	96
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	15	38	48
Milieu urbain	66	81	88
dont Bamako	79	90	95
<i>Ensemble du Mali</i>	26	49	58
<b>Proportion (%) d'accouchements en structure sanitaire</b>			
<i>Niveau d'instruction de la mère</i>			
Aucun	-	26	33
Primaire	-	53	56
Secondaire et plus	-	83	89
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	-	17	26
Milieu urbain	-	72	80
dont Bamako	-	81	92
<i>Ensemble du Mali</i>	-	31	38

Le niveau de la mortalité maternelle, c'est-à-dire de la mortalité des femmes liée à la grossesse, à l'accouchement et aux suites des couches<sup>6</sup>, confirme, si besoin est, cette nécessité. Pour la période 1996-2001, le taux de mortalité maternelle du Mali a été estimé à 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, un niveau comparable à celui des autres pays de la région, mais supérieur à la moyenne observée dans les pays en développement (488 décès pour 100 000 naissances) et sans commune mesure avec celle des pays développés près de 20 fois plus faible (30 décès pour 100 000 naissances). La mortalité maternelle est à l'origine de près d'un tiers des décès des femmes au Mali. Elle est en partie liée aux comportements de procréation : les premières naissances survenant à un âge précoce

<sup>6</sup> Les enquêtes démographiques et de santé regroupent dans la mortalité maternelle les décès survenus pendant la grossesse, pendant l'accouchement et dans les 2 mois qui ont suivi la fin de la grossesse.

et les intervalles inter-génésiques courts sont associés à un risque élevé de mortalité maternelle. La lutte contre cette cause de décès passe par un développement des services sanitaires d'encadrement des grossesses (visites périnatales et accouchement) notamment en milieu rural et une éducation des populations (femmes, familles, agents de santé) pour que les grossesses à hauts risques soient détectées et suivies.

### Une couverture vaccinale encore modeste

La vaccination a joué, partout dans le monde, un rôle décisif dans le recul de la mortalité des enfants. La mise en œuvre d'une administration à large échelle des vaccins nécessite certes une mobilisation logistique importante et donc une volonté politique forte, mais elle a des effets immédiats directs, sans nécessiter une transformation préalable des comportements des populations.

Le programme élargi de vaccinations (PEV) prévoit l'administration aux enfants des vaccins contre la tuberculose (BCG), la rougeole, des trois doses de vaccin contre la polio et du DTCoq (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche). Ces vaccins doivent en principe tous être administrés avant l'âge d'un an.

Le tableau 6 fournit la proportion, aux trois enquêtes, des enfants âgés de 12-23 mois ayant reçu tous ces vaccins.

Tableau 6

**Proportion (%) d'enfants âgés de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins préconisés par le programme élargi de vaccination (PEV).**  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	Date de l'enquête		
	1987	1995/96	2001
<i>Niveau d'instruction de la mère</i>			
Aucun	1	28	25
Primaire	5	45	39
Secondaire et plus	0	67	63
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	0	24	22
Milieu urbain	6	52	50
dont Bamako	11	54	61
<i>Ensemble du Mali</i>	2	32	29

La couverture vaccinale était négligeable au milieu des années quatre-vingt (2 % d'enfants complètement vaccinés), elle s'est élargie depuis mais en restant très limitée. En 2001 comme en 1995/96, moins d'un enfant sur trois était couvert par l'ensemble des vaccins préconisés. Comme on pouvait s'y attendre, c'est en milieu rural et parmi les enfants des femmes non scolarisées que la couverture vaccinale est la plus faible (de l'ordre de 25 %). Cependant, même dans les groupes les plus favorisés, la vaccination est loin d'être généralisée : près de 4 enfants sur 10 n'ont pas été complètement vaccinés parmi les enfants des femmes les plus instruites et à Bamako. Des progrès importants en faveur de la survie des enfants pourraient donc être attendus d'une application plus systématique du PEV.

## Maladies des enfants

Pour avoir des indications sur la prévalence de certaines des maladies qui figurent parmi les principales causes de décès des enfants, les enquêtes démographiques et de santé ont demandé aux mères si leur enfant avait souffert, au cours des deux semaines précédant l'enquête, de toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'infection respiratoire aiguë, et notamment de pneumonie), de fièvre (l'un des symptômes du paludisme et de la rougeole), et de diarrhée (qui, par ses conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, constitue, directement ou indirectement, l'une des principales causes de la mortalité des jeunes enfants).

Les résultats (tableau 7) montrent que ces maladies font partie de l'expérience courante des enfants. Parmi les enfants âgés de moins de 3 ans en 2001, un sur dix avait souffert des symptômes d'infection respiratoire aiguë, près d'un sur trois avait eu de la fièvre et près d'un sur quatre avait connu un ou plusieurs épisodes de diarrhée pendant les deux semaines précédentes. La prévalence de ces pathologies a diminué entre les trois enquêtes, en particulier celle de la diarrhée qui est presque deux fois plus faible en 2001 qu'en 1987. Les différences sont peu marquées entre le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère. Il convient cependant de rappeler que les indicateurs sont établis à partir des déclarations des mères : il n'est pas exclu que l'appréciation de la maladie varie selon les groupes sociaux ce qui pourrait, dans une certaine mesure, masquer des différences dans la prévalence effective des maladies.

Si les inégalités sont peu perceptibles dans la prévalence des maladies, elles sont en revanche très marquées dans les soins portés aux enfants malades : le recours au centre de santé est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé, il est aussi plus courant en ville, en particulier à Bamako, qu'en milieu rural (tableau 8). La fréquentation des services de santé a augmenté dans tous les milieux mais les inégalités se sont maintenues : elle est 2,5 à 3 fois plus élevée à Bamako et de la part des femmes les plus instruites qu'en milieu rural et de la part des femmes non scolarisées.

Les différences sont du même ordre quant à l'utilisation de solution de réhydratation orale en cas de diarrhée chez l'enfant. Le Mali s'est engagé dans un programme de traitement de réhydratation par voie orale, en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir de sachets de sels de réhydratation par voie orale, appelée Kénéyadi, soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel. Ce type de traitement pour lutter contre la déshydratation en cas de diarrhée est à présent bien connu par les mères (68 %), y compris en milieu rural (60 %). Son utilisation, quasi-inexistante en 1987, continue à augmenter mais reste modeste : moins d'un tiers des enfants ayant souffert de diarrhée en ont bénéficié. Le taux d'utilisation ne dépasse 50 % qu'en milieu urbain et chez les femmes les plus scolarisées (tableau 8).

Ces indicateurs sur les traitements des enfants malades, et la persistance des inégalités entre milieux, prouvent que bien des progrès restent à faire dans l'encadrement sanitaire des populations, en terme de disponibilité et d'accessibilité des infrastructures sanitaires en milieu rural, mais aussi de sensibilisation des populations à l'identification des maladies et à l'adoption de nouveaux comportements à l'égard des enfants.

Tableau 7  
**Proportion (%) d'enfants âgés de moins de 3 ans ayant souffert au cours des deux semaines précédant l'enquête des symptômes d'infection respiratoire aiguë, de fièvre, ou de diarrhée.**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	Date de l'enquête		
	1987	1995/96	2001
<b>Symptômes d'infection respiratoire aiguë</b>			
<i>Niveau d'instruction de la mère</i>			
Aucun	-	15	11
Primaire	-	15	10
Secondaire et plus	-	13	14
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	-	16	11
Milieu urbain	-	14	11
dont Bamako	-	15	13
<i>Ensemble du Mali</i>	-	15	11
<b>Fièvre</b>			
<i>Niveau d'instruction de la mère</i>			
Aucun	37	40	31
Primaire	37	34	30
Secondaire et plus	39	26	32
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	38	41	32
Milieu urbain	35	34	29
dont Bamako	33	26	30
<i>Ensemble du Mali</i>	37	39	31
<b>Diarrhée</b>			
<i>Niveau d'instruction de la mère</i>			
Aucun	41	27	23
Primaire	42	21	23
Secondaire et plus	36	15	22
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	41	28	25
Milieu urbain	43	19	17
dont Bamako	37	17	19
<i>Ensemble du Mali</i>	42	25	23

Tableau 8

**Traitement des enfants âgés de moins de 3 ans, ayant souffert au cours des deux dernières semaines des symptômes d'infection respiratoire aiguë ou de diarrhée.**  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	IRA		Diarrhée				
	% d'enfants amenés dans un centre de santé		% d'enfants amenés dans un centre de santé		% d'enfants traités par solution de réhydratation orale		
	1995/96	2001	1995/96	2001	1987	1995/96	2001
<i>Niveau d'instruction de la mère</i>							
Aucun	20	32	12	15	0	14	28
Primaire	27	46	19	25	2	25	33
Secondaire et plus	48	79	26	37	0	41	57
<i>Milieu de résidence</i>							
Rural	17	27	12	13	0	12	25
Milieu urbain	39	66	21	39	2	30	55
dont Bamako	51	70	29	40	0	44	64
<i>Ensemble du Mali</i>	22	37	13	17	1	16	30

## LE SIDA : UN REPIT PROVISOIRE ?

L'épidémie de sida a remis en question, dans de nombreux pays africains, les progrès acquis dans la lutte contre la mort, conduisant bien souvent à une baisse significative de l'espérance de vie.

La prévalence du virus dans la population générale est difficile à évaluer. Les estimations habituelles s'appuient le plus souvent sur les données accessibles dans les centres de santé ou sur des enquêtes ciblées sur des populations particulières (prostituées, femmes enceintes). Mais ces données concernant des populations particulières, pour certaines les plus vulnérables au VIH, les indicateurs qui en sont déduits surestiment souvent la séroprévalence. En 1997 on considérait que le taux de prévalence était de 2,5 % chez les femmes enceintes à Bamako et de 32 % chez les prostituées à Bamako. Au niveau national, on avait l'idée d'une prévalence de l'ordre de 3 %.

Afin de disposer d'une estimation récente sur l'ensemble de la population malienne, une enquête de dépistage du VIH a été réalisée dans le cadre de l'enquête démographique et de santé de 2001, avec prélèvement de sang auprès d'un échantillon de 3882 hommes et femmes. Il s'agissait là d'une démarche inédite : le Mali est le premier pays à avoir testé cette procédure dans le cadre d'une EDS.

Ces données ont permis d'obtenir une évaluation fiable de la prévalence du VIH au sein de la population adulte et par âge. Ce taux de prévalence a été évalué à 1,7 % au niveau national avec un niveau plus élevé chez les femmes de 15-49 ans (2 %) que chez les hommes de 15-59 ans (1,3 %). Le nombre de séropositifs serait ainsi de l'ordre de 80 000 dont 48 000 femmes.

Chez les hommes, la prévalence du VIH est maximum entre 30 et 35 ans (3,8 %) (figure 3). Du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels chez les Maliennes, le taux de séroprévalence dépasse 3 % chez les femmes dès 15 ans et se maintient en palier jusqu'à 40 ans. Le district de Bamako a le taux de séroprévalence le plus élevé (2,5 %), suivi des régions de Kayes, Koulikoro et Ségou (1,9 % chacune). Les trois autres régions ont des taux inférieurs à la moyenne nationale : Mopti (1,4 %), Sikasso (1 %) et Gao/Kidal/Tombouctou (0,7 %).

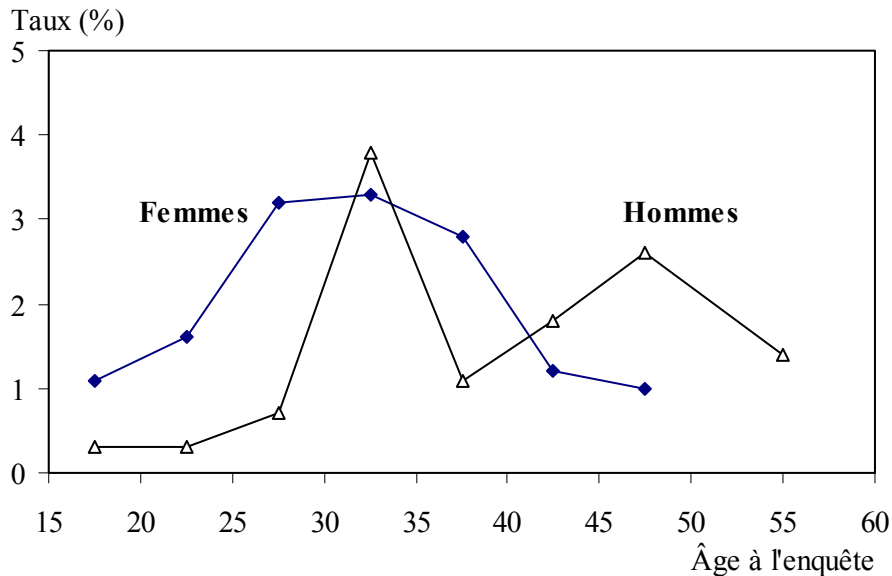


Figure 3  
**Taux de séroprévalence selon le sexe et l'âge.**  
 Enquête démographique et de santé, 2001

Le taux de séroprévalence évalué par l'EDS s'avère inférieur aux estimations antérieures et confirme le niveau relativement bas du VIH au Mali, qui se situe parmi les pays africains les moins touchés par l'épidémie. Mais il serait prématuré de penser que le pays restera épargné par l'épidémie, loin de là. Les risques de diffusion du VIH sont importants. La séroprévalence est déjà élevée (entre 5 % et 30 %) dans certains groupes de la population (prostituées, vendeuses ambulantes, coxeurs). De plus le Mali est un pays où les mouvements migratoires sont nombreux, notamment vers la Côte d'Ivoire qui, en 1994, se situait au premier rang des pays d'Afrique de l'Ouest touchés par l'épidémie du sida (Sombo *et al.*, 1995). Enfin, une grande partie de la population malienne s'avère peu au fait des moyens à utiliser pour éviter la contamination. Ainsi, en 2001, la quasi-totalité des enquêtés (90 % des femmes et 98 % des hommes) connaissaient l'existence du VIH/sida, mais une femme sur deux et plus d'un homme sur cinq déclaraient ne connaître aucun des trois principaux moyens (préservatif, limitation du nombre de partenaires, abstinence sexuelle) d'éviter la contamination (figure 4).

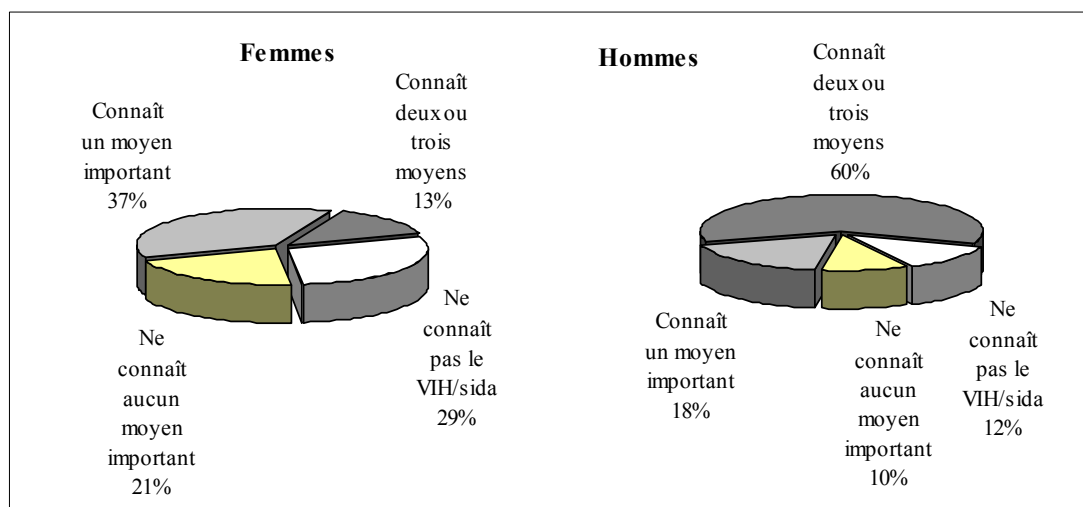


Figure 4

**Connaissance des principaux moyens d'éviter de contracter le VIH/sida (abstinence sexuelle, utilisation du préservatif, limitation du nombre de partenaires).**

Femmes âgées de 15-49 ans, hommes âgés de 15-59 ans.

Enquête démographique et de santé, 2001.

## CONCLUSION

L'analyse des facteurs de la mortalité des enfants montre que bien des progrès restent possibles en adoptant des moyens éprouvés de longue date dans d'autres pays du monde.

L'encadrement sanitaire des populations maliennes reste bien insuffisant. Des gains considérables dans l'espérance de vie peuvent être attendus de l'application d'un programme systématique de vaccinations, seule une minorité d'enfants (29 %) bénéficiant à l'heure actuelle de l'ensemble des vaccins préconisés. La défaillance du système sanitaire se mesure aussi dans la fréquentation des centres de soins, encore faible en milieu rural où réside l'essentiel de la population malienne. Elle s'apprécie tant au niveau de l'encadrement des accouchements (un quart des accouchements en structure sanitaire en milieu rural) qu'au niveau des consultations médicales pour les enfants malades (un quart seulement des enfants présentant les symptômes de l'infection respiratoire aiguë étant amené au dispensaire, en milieu rural). Le développement du recours aux professionnels de la santé repose bien sûr sur une évolution des démarches des individus mais cela suppose au préalable que l'offre de soins existe, c'est-à-dire que des structures de santé soient accessibles et proposent des services de qualité. Le bénéfice d'une augmentation de la fréquentation des structures sanitaires est aussi indirect. En effet, c'est par le contact avec des lieux d'informations et des professionnels compétents que les populations peuvent être sensibilisées à l'adoption de comportements adéquats à l'égard des enfants mais aussi en matière de santé reproductive. En particulier, l'information et la mise à disposition de moyens de contrôle de la sexualité constituent un enjeu important en matière de santé publique. D'une part certains comportements de procréation sont directement en cause dans le niveau de mortalité : les



naissances rapprochées et les grossesses précoces sont des facteurs de risque pour les enfants et pour les mères (mortalité maternelle). D'autre part, la lutte contre l'épidémie de sida nécessite l'adoption de mesures préventives. Aujourd'hui, une proportion importante de la population (la moitié des femmes et un quart des hommes) ne connaît aucun moyen efficace d'éviter le VIH/SIDA et l'utilisation du préservatif est rare (seulement 3 % des femmes et 19 % des hommes déclarent l'avoir déjà utilisé).

L'épidémie de sida est pour l'instant encore peu développée au Mali mais la bataille n'est pas gagnée pour autant. Différents facteurs sont favorables à son extension, en particulier l'importance des mouvements migrations, notamment avec la Côte d'Ivoire, et il est donc de première importance que les comportements préventifs se diffusent à large échelle. La conjoncture actuelle invite à une politique volontariste et ambitieuse en matière de santé publique : si l'épidémie était amenée à se diffuser, ce serait un défi d'une toute autre ampleur qui s'imposerait aux autorités publiques.

## ***BIBLIOGRAPHIE***

- AYAD Mohamed, 2002. – Mortalité maternelle, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 177-186. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- AYAD Mohamed *et al.*, 2002. – Test de dépistage du VIH, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 246-278. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- BA Souleymane et Boureima SINGARE, 2002. – Mortalité des enfants, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 165-176. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- BALLO Mamadou Basséry *et al.*, 2002. – *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- BARRERE Bernard, 1996. – Mortalité maternelle, *in* : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p. 173-184. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p.
- CANTRELLE Pierre, 1980b. – La mortalité des enfants en Afrique, *in* : Paul-Marie BOULANGER et Dominique TABUTIN (éds.), *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, p. 197-221. – Liège, Ordina, 413 p.
- CANTRELLE Pierre *et al.*, 1986. – Le profil de la mortalité et ses déterminants au Sénégal, 1960-1980, *in* : *Les causes des changements et des différences de mortalité dans les pays en développement. Étude de cas dans cinq pays*, p. 102-136. – New York, Nations unies, Département des affaires économiques et sociales internationales, 199 p. (Études démographiques, n° 94).

## MORTALITE DES ENFANTS ET ENJEUX SANITAIRES AU MALI

- COULIBALY Salif *et al.*, 1996. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p.
- MAIGA Idrissa Akido *et al.*, 2002. – Santé de la mère et de l'enfant, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 107-136. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- SOMBO N'CHO *et al.*, 1995. – *Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1994*. – Institut national de la statistique et Macro international Inc, Calverton.
- TRAORE Baba *et al.*, 1989. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1987*. – CERPOD ; Bamako, Institute for Resource Development, Columbia, 187 p.
- TRAORE Niagalé, 1996. – Santé de la mère et de l'enfant, *in* : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p. 119-142. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p.
- TRAORE Seydou Moussa et Djibril DICKO, 1996. – Mortalité des enfants, *in* : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p.161-171. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p.
- UNITED NATIONS, 2003. – *World population prospects : the 2002 revision*. – Department of economic and social affairs, Population division, United Nations, New York [ST/ESA/SER.A/222, CD-rom].



*TROISIEME PARTIE*

*FECONDITE ET CHANGEMENTS*

*FAMILIAUX*



## **Chapitre 6**

# **BAISSE DE LA FECONDITE ET MUTATIONS FAMILIALES EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE**

*Thérèse Locoh*

*Institut national d'études démographiques  
(INED, Paris, France)*

## **Remarques introductives : la question des sources statistiques de données**

L'Afrique a maintenant un corpus assez important d'enquêtes par sondage, enquêtes mondiales de fécondité (EMF-WFS) puis enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS) développées pour pallier l'absence de données fiables d'état civil. Ces programmes ont été mis en œuvre en raison de l'intérêt très vif que la communauté internationale portait au suivi de l'évolution de la fécondité et de la mortalité des enfants en Afrique, afin de mieux orienter les programmes de santé et de planning familial. Néanmoins, en raison de l'incomplétude quasi-générale des systèmes d'état civil, (voir par ex. Lohle-Tart et François, 1999), l'étude des questions démographiques en Afrique rencontre des difficultés particulières. On n'a pas d'enregistrement exhaustif des naissances et moins encore des décès. Qui plus est, les populations ne connaissent pas toujours leur date de naissance et leur âge. Leurs déclarations lors d'une enquête ne sont pas toujours exactes. À part le cas particulier d'observations continues dans quelques observatoires de population, l'étude de la fécondité repose donc essentiellement sur des enquêtes par sondage et sur des estimations menées à partir des recensements. C'est essentiellement sur des comparaisons successives d'indices transversaux (indices synthétiques de fécondité, taux par groupes d'âges à différentes dates) que sont mesurées les évolutions de la fécondité. Là où elles existent ces observations successives sont précieuses pour les évaluations au niveau national, plus incertaines dès qu'on descend au niveau régional. Mais le problème le plus flagrant est celui des trop nombreux pays de cette sous-région où les situations de guerre ou de troubles persistants empêchent, parfois depuis plus de deux décennies, toute observation statistique digne de ce nom (Angola, Sud-Soudan, Liberia, République démocratique du Congo, etc.).

Si l'on est aujourd'hui en mesure de dresser un panorama global des évolutions en cours en Afrique sub-saharienne, il faut garder à l'esprit les incertitudes qui persistent dans la précision des mesures, et l'inconnue que constituent les pays où l'on ne dispose pas de données récentes et où la situation est particulièrement défavorable pour l'ensemble de la population.

## **UN NIVEAU DE FECONDITE ENCORE ELEVE, MAIS DES EVOLUTIONS RAPIDES EN COURS**

### **La baisse de la fécondité se confirme : niveaux, tendances (1960-2000)**

Au cours des quarante dernières années le niveau élevé de la fécondité en Afrique sub-saharienne a dominé les préoccupations des spécialistes en population, en Afrique même et plus encore dans les milieux internationaux. C'est à partir des années soixante qu'ont été menées les premières enquêtes démographiques par sondage et les enquêtes « Connaissance attitudes, pratique de la contraception » qui, dans leur très grande majorité, montraient la

---

Ce texte est la version française d'un article paru en anglais sous le titre "Fertility decline and family changes in Sub-Saharan Africa.", *Journal of African Population Studies*, 2003, vol. 8, 2 & 3, p. 17-48.

préférence des enquêtées pour des descendance nombreuses et leur faible propension à pratiquer des méthodes de contraception encore peu ou pas connues.

Les enquêtes mondiales de fécondité (EMF), menées dans les années soixante-dix sur une dizaine de pays en Afrique ont été un pas important car elles ont permis de mieux comprendre l'importance des conceptions et des pratiques des sociétés africaines en matière de fécondité. On a en particulier étudié les pratiques d'espacement des naissances, abstinence *post-partum* et allaitement prolongé, qui permettent aux femmes africaines d'avoir, en dehors d'une pratique contraceptive, un écart de trois ans environ entre naissances. Une fois encore, les résultats montraient tous la préférence des adultes pour les descendance nombreuses, qui se traduisait dans les faits par des niveaux de fécondité de l'ordre de six enfants par femme (ISF), niveaux stables<sup>1</sup> dans la quasi-totalité des pays.

Les programmes de planification familiale ont été implantés progressivement à partir de 1970 mais souvent de façon inadéquate (implantations très éparées, dans les villes seulement, avec des méthodes d'information et de persuasion peu adaptées). Le succès n'a pas été à la hauteur des espérances et moins encore des dépenses consenties. Les gouvernements, en dépit d'accords donnés du bout des lèvres, et la majorité des populations n'étaient pas favorables, dans les débuts, à l'implantation de services de planification familiale, à quelques exceptions près, tel le Ghana par exemple qui avait adopté dès 1969 une politique de population favorable à l'implantation de services de planification familiale.

Depuis les années quatre-vingt, grâce à l'influence croissante des spécialistes africains en population et, la situation économique catastrophique aidant, tous les pays ont, à des degrés divers (à l'exception du Gabon), adopté des programmes favorables à l'implantation de programmes de planification familiale et de santé de la reproduction<sup>2</sup>.

Quand on compare les niveaux de fécondité des différents continents, le « destin » démographique de l'Afrique apparaît clairement. C'est le continent qui aborde le dernier la transition de la fécondité (figure 1).

Durant la période 1960-1985, la stabilité des niveaux de fécondité, voire leur augmentation (au Kenya par exemple) a entretenu un débat constant entre spécialistes. La fécondité africaine était-elle une « exception » et allait-elle se maintenir à l'inverse des autres pays en développement où à partir de 1975 on commençait à observer des baisses parfois rapides ? C'est seulement vers le milieu des années quatre-vingt que les premiers résultats d'enquête ont apporté la preuve qu'une baisse de la fécondité était en cours dans quelques pays (Botswana, Kenya et Zimbabwe) et surtout dans les villes.

Le programme EDS, en renouvelant à plusieurs reprises des enquêtes comparables, a permis d'apporter la preuve des premiers signes de baisse. À la fin des années quatre-vingt, la plupart des pays entament leur baisse de fécondité. En Côte d'Ivoire, par exemple, l'ISF est tombé de 7,4 enfants par femme en 1980-81 à 5,7 en 1994. Au Sénégal, l'ISF n'est plus que de 6,0 enfants par femme en 1992 et 5,7 en 1997 alors qu'il était de 7,1 en 1978 et 6,6 en 1986. Au Ghana, la stabilité de la période 1978-1988 autour de 6,5 enfants par femme a fait place à une baisse de près de deux enfants par femme entre 1988 et 1998. Chaque nouvelle enquête des années quatre-vingt-dix confirme cette tendance (tableau 1).

<sup>1</sup> Ou parfois même en légère hausse, comme au Kenya entre 1965 et 1978.

<sup>2</sup> Terme retenu à partir de 1994, à la suite des décisions de la conférence du Caire.



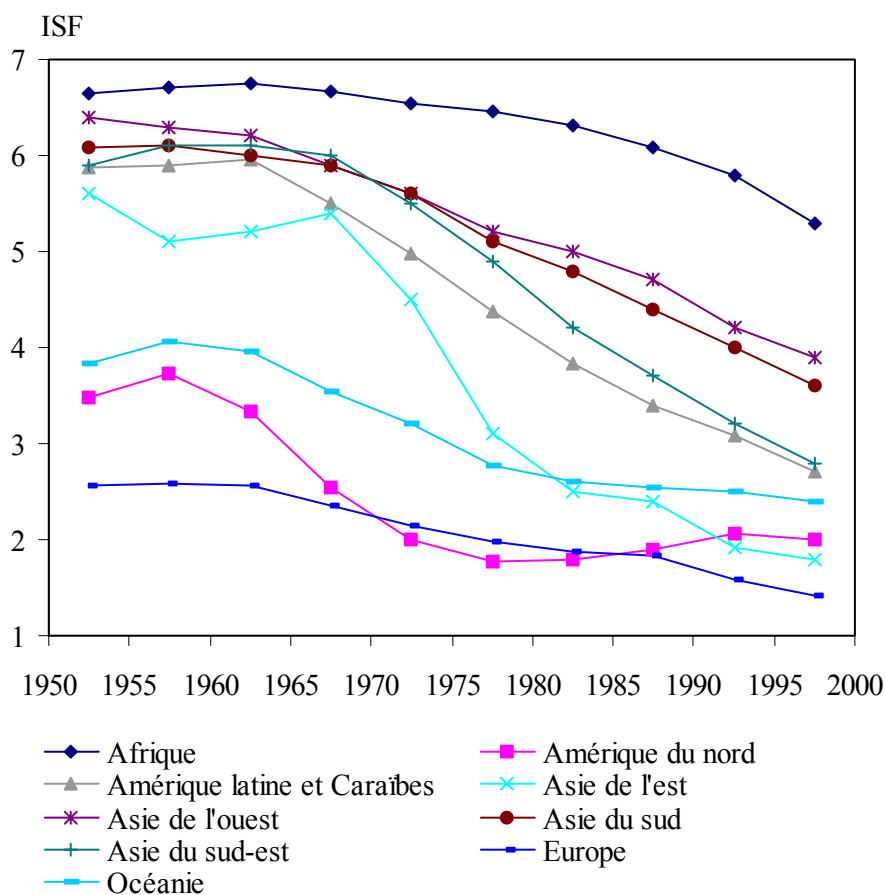


Figure 1  
**Évolution de la fécondité (ISF) dans les grandes régions du monde (1950-2000).**  
 Source : United Nations, 2000 (hypothèse moyenne)

### Structure par âge de la fécondité

Traditionnellement les Africaines se marient jeunes et restent exposées au risque de concevoir jusqu'à la fin de leur vie féconde, en raison des normes matrimoniales qui favorisent cette exposition. Par contre au cours de leur vie féconde, elles ont des périodes de non exposition liées aux pratiques de l'abstinence *post-partum* et de l'allaitement prolongé.

Dans les milieux où les comportements n'ont pas encore été modifiés, une femme commence en général sa vie féconde avant ou aux alentours de 20 ans, donnera naissance à un enfant, à peu près à intervalle de trois ans, et cessera assez tardivement d'en avoir. Dix pour cent environ des enfants naissent après le 40<sup>e</sup> anniversaire de leur mère. La structure par âge de la fécondité en Afrique a donc longtemps été marquée par une prédominance de facteurs d'espacement sur les facteurs de limitation volontaire. Il existe bien une maîtrise de la fécondité par le désir d'intervalles assez longs entre naissances, mais pas de désir de

limitation de la taille des familles<sup>3</sup>. Cela se traduit par des taux de fécondité par âge conformes au schéma de la fécondité dite « naturelle » mais, à la différence de nombreux pays en développement, cette structure de la fécondité se maintient dans les débuts de la période de baisse. Cela signifie que les Africaines commencent à limiter leur descendance en recourant aux méthodes qu'elles connaissent pour allonger l'intervalle entre naissances plus qu'en adoptant des comportements de limitation de la taille des familles. Les courbes de fécondité du Kenya, par exemple, en sont une illustration. Les niveaux des taux baissent à chaque âge sans coupure brutale « d'arrêt » avant la fin de la période féconde, comme c'est le cas, par exemple, en Amérique latine.

Tableau 1  
**Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) dans les pays d'Afrique subsaharienne disposant d'au moins deux enquêtes**

Pays	EMF (1977-83)		EDS (1986-89)		EDS (1990-1994)		EDS (1995-99)	
	Année	ISF	Année	ISF	Année	ISF	Année	ISF
<b>Afrique de l'Ouest et centrale</b>								
Ghana	1979-80	6,5	1988	6,4	1993	5,5	1998	4,5
Cameroun	1978	6,3	-	-	1991	5,8	1998	5,2
Nigeria	1981-82	5,9	-	-	1990	6,0	1999	5,2
Côte d'Ivoire	1980-81	7,4	-	-	1994	5,7	1998	5,2
Togo	-	-	1988	6,4	-	-	1998	5,4
Guinée	-	-	-	-	1992	5,7	1999	5,5
Sénégal	1978	7,1	1986	6,6	1992-93	6,0	1997	5,7
Bénin	1981-82	7,1	-	-	-	-	1996	6,3
Mali	-	-	1987	6,9	-	-	1995-96	6,7
Burkina Faso	-	-	-	-	1993	6,9	1998/99	6,8
Niger	-	-	-	-	1992	7,4	1998	7,5
<b>Afrique de l'Est</b>								
Zimbabwe	-	-	1988-89	5,3	1994	4,3	-	-
Kenya	1977-78	7,9	1989	6,7	1993	5,4	1998	4,7
Tanzanie	-	-	-	-	1991-92	6,5	1996	5,8
Zambie	-	-	-	-	1992	6,5	1996	6,1
Rwanda	1983	8,5	-	-	1992	6,2	-	-
Ouganda	-	-	1988-89	7,4	-	-	1995	6,9
L'ISF est calculé sur les cinq années précédant l'enquête. Sources : Enquêtes mondiales de fécondité (EMF-WFS) et Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS)								

<sup>3</sup> La situation est en train de changer en milieu urbain où apparaissent des familles de deux ou trois enfants.

Le Sénégal offre un modèle de comportement légèrement différent où les taux de fécondité après 35 ans restent stables alors que l'on enregistre dans les générations successives une tendance à la baisse des taux, due essentiellement au retard de l'entrée en union ou de l'âge à la première maternité (figure 2).

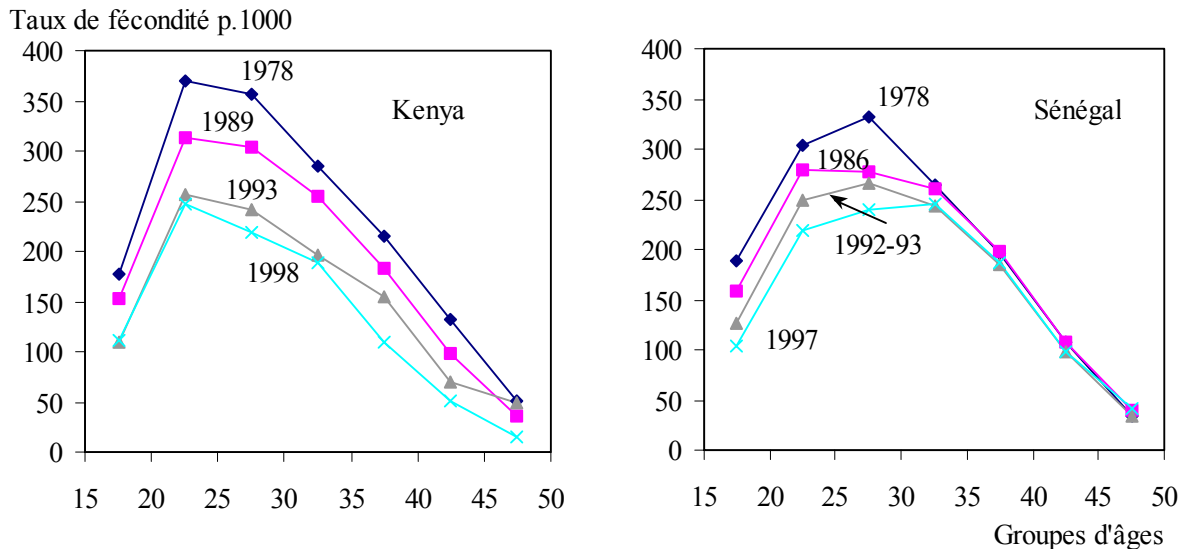


Figure 2  
**Taux de fécondité par groupes d'âges au Kenya (1978-1998) et au Sénégal (1978-1997).**  
 Sources: EMF-WFS et EDS-DHS

### Des différences croissantes entre villes et campagnes

Toutes les grandes villes africaines sont maintenant le théâtre d'une baisse de la fécondité. C'est dans les villes que les services de contraception sont les plus accessibles et que les autres facteurs du développement, accès des enfants à la santé, adultes éduqués, femmes plus autonomes, circulation plus aisée des informations, sont réunis à des degrés divers. Tous les résultats récents sont concordants pour les milieux urbains. Partout la tendance à la baisse s'affirme ou, à tout le moins, s'amorce (figure 3).

Par contre en milieu rural il y a une grande diversité des situations. Au Niger l'indice synthétique de fécondité (ISF) a augmenté entre 1992 (7,1) et 1997 (7,6), au Sénégal rural il est resté inchangé (6,7) alors qu'il a diminué au Kenya (passage de 5,8 à 5,2 enfants entre 1993 et 1998) et au Zimbabwe (passage de 4,9 à 4,6 entre 1994 et 1999), pays plus avancés dans la transition.

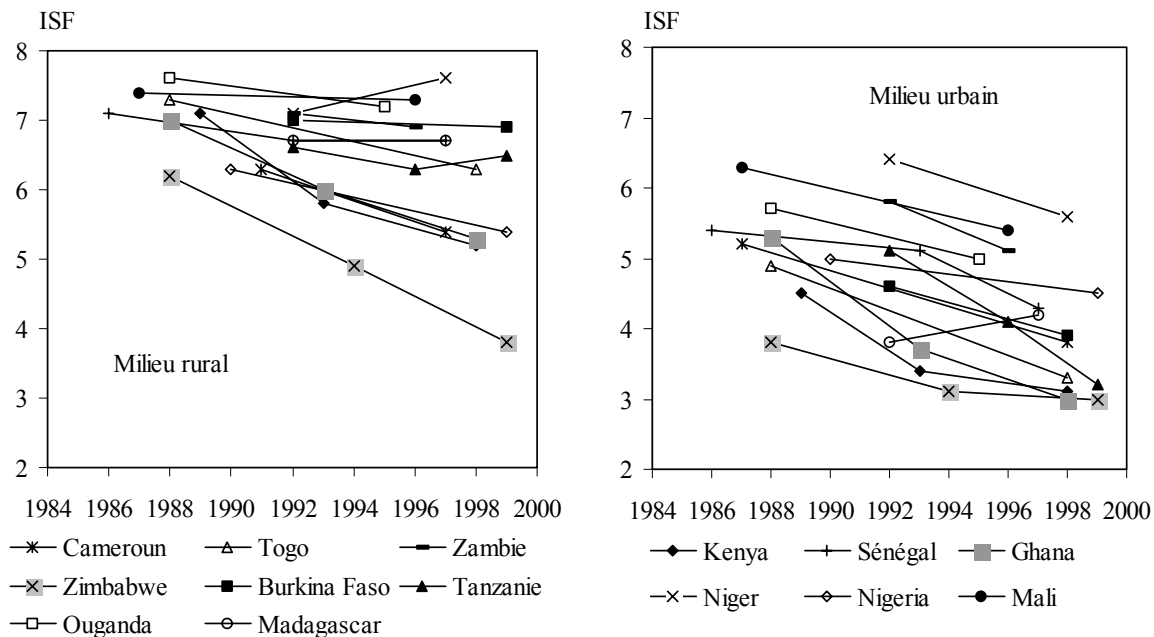


Figure 3  
**Indice synthétique de fécondité de 14 pays d'Afrique sub-saharienne,**  
**selon le milieu de résidence, 1987-1999**  
 Sources : EDS-DHS

### Description par grandes régions

On a actuellement un panorama très contrasté avec des pays où manifestement la transition de la fécondité est bien engagée et d'autres où elle est encore à ses tout débuts et n'est sensible qu'en ville. Néanmoins, il est probable que les facteurs qui rendaient possible et souhaitable la forte fécondité ne sont plus réunis dans la plupart des sociétés et que les années à venir verront les évolutions actuelles se poursuivre (figure 4). C'est ce qu'anticipent les perspectives des Nations unies (United Nations, 2000).

Les pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe sont dans l'ensemble plus avancés dans leur transition que les pays d'Afrique de l'Ouest surtout ceux du Sahel. Mais ce n'est pas le cas de la Tanzanie qui a des niveaux comparables à ceux de l'Afrique de l'Ouest. À l'inverse, le Ghana est en train de se distinguer de l'Afrique de l'Ouest par une baisse rapide de la fécondité alors que, dans les années difficiles qu'il a traversées, de 1971 à 1983, elle était restée stable, en dépit de l'adoption d'une politique de maîtrise de la fécondité et de l'implantation de programmes de planning familial.

L'Afrique centrale (Gabon, Cameroun, République centrafricaine, Tchad) a souffert, dans certaines de ses régions, d'une infécondité pathologique qui a durablement marqué les sociétés et entraîné des fécondités inférieures à celles des autres régions. On a parlé de « ceinture de l'infécondité » (Frank, 1983). Des campagnes de soins des maladies sexuellement transmissibles permettent de réduire ces zones d'infécondité. L'amélioration de

tels soins est l'une des causes d'une augmentation temporaire de la fécondité, au Cameroun par exemple mais aussi en Tanzanie (Larsen, 1995, 1997).

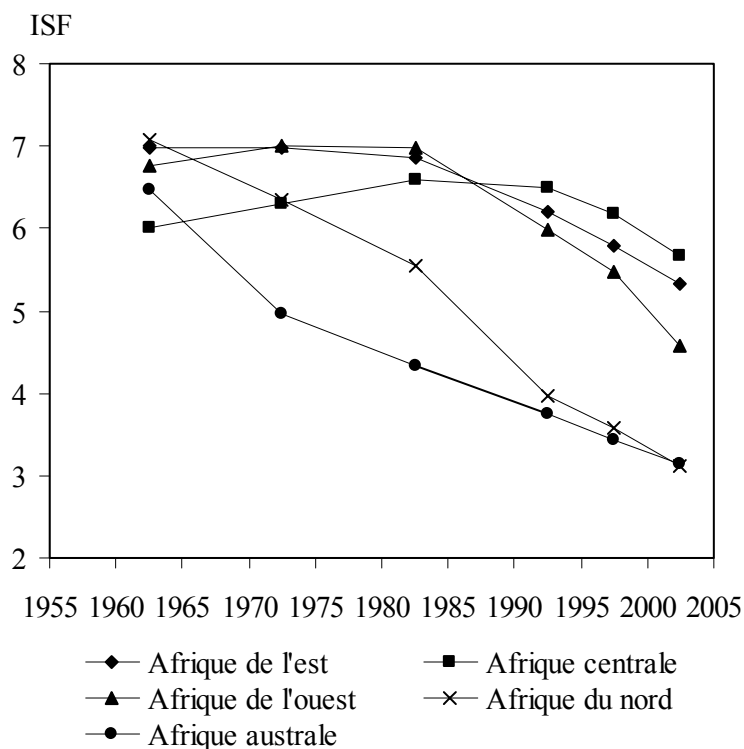


Figure 4

**Indice synthétique de fécondité (ISF) par sous région d'Afrique de 1960 à 2005.**

Sources : United Nations, 2000 (hypothèse moyenne)

Quelle que soit sa prévalence effective, l'infécondité reste une menace dans ces sociétés où l'on est un adulte accompli seulement lorsqu'on a donné naissance à des descendants. C'est une des causes majeures des ruptures d'union et parfois de la polygynie. Car ce sont toujours les femmes qui sont considérées comme responsables d'une éventuelle infécondité du couple. Il y aurait beaucoup à faire en ce domaine pour dispenser une information exacte et traiter les hommes comme les femmes si nécessaire.

**LES FACTEURS DE L'EVOLUTION DE LA FECONDITE**

**De la forte valorisation des descendance nombreuses à l'adoption de nouveaux comportements de fécondité**

*Les raisons des préférences pour les descendance nombreuses*

Les sociétés africaines qui ont une longue mémoire d'un passé émaillé de catastrophes démographiques (traite des esclaves, travaux forcés, guerres coloniales, épidémies

rémanentes...) ont, pour la plupart, valorisé tout ce qui préservait la capacité des femmes à concevoir.

Dans les premières années des programmes de planification familiale, on a cru qu'il suffirait de mettre à la disposition des populations des moyens de contraception pour qu'elles les adoptent. On s'est aperçu, au fur et à mesure de l'implantation des programmes, que cela ne suffisait pas et qu'un grand nombre de familles voulaient avoir effectivement beaucoup d'enfants (Lesthaeghe, 1989a). Si la fécondité baisse actuellement dans les villes africaines et, à un moindre degré, dans certaines zones rurales, les familles qui ont un comportement favorable aux nombreuses descendance sont encore la majorité. Quatre arguments principaux ont été invoqués :

a) La forte mortalité infantile et juvénile rendait précaire la survie des lignages et les arguments favorables à la forte fécondité visaient à combler ces lourds déficits. La mortalité de l'enfance a durant les quarante dernières années fortement baissé et la « nécessité » des descendance nombreuses est moins ressentie dans les familles contemporaines. Néanmoins les normes anciennes sont encore très valorisées dans les régions qui sont les moins exposées aux changements.

b) La plupart des économies africaines rurales connaissent encore des modes de production fondés sur le travail des hommes et des femmes, sans outils performants, ni intrants chimiques. Les groupes familiaux les plus nombreux étaient donc les plus à même de cultiver des surfaces importantes et la solidarité exigée de tous les membres d'une famille instaurait une certaine répartition des tâches pour la satisfaction des besoins du plus grand nombre. Aujourd'hui encore, dans les activités informelles des villes comme pour le travail des champs, la main-d'œuvre familiale est la principale source de création de richesse pour un chef d'exploitation ou de petite entreprise. Quand on vit de l'agriculture en Afrique, avoir de nombreux enfants n'a pas cessé d'être un avantage. Car au même titre que la terre, l'accès à la force de travail est restreint pour les femmes. Leur progéniture constitue, à ce titre, une ressource essentielle. La valeur productive de l'enfant pour les femmes reste essentielle (Adjamagbo, 2000). Qui plus est, il n'est pas rare que l'accès précaire à la terre qui est concédé à l'épouse par la famille du mari soit conditionné par sa fécondité (Frank et Mc Nicoll, 1987).

c) Les sociétés africaines sont, à quelques exceptions près, fortement patriarcales. Dans les familles, la solidarité des membres a pour socle un ensemble de normes qui donnent le pouvoir aux anciens sur les jeunes. Les flux de richesses produites vont des jeunes vers les anciens alors que les flux inverses sont de faible ampleur, compte tenu du faible coût d'entretien et de formation des enfants en milieu traditionnel. De ce fait les adultes ont un intérêt objectif à avoir de nombreuses descendance. C'est la théorie du « *Wealth Flow* » largement développée par Caldwell (1976).

d) Dans ce même système patriarcal, les rapports entre hommes et femmes sont distants et fortement asymétriques. Les hommes ont le pouvoir, sur le plan de la production comme de la reproduction. Maris et épouses ont des stratégies séparées, et les solidarités familiales sont fortes avec la famille d'origine de chacun mais relativement faibles au sein du couple, tendance renforcée, évidemment, par la polygynie (Fapohunda et Todaro, 1988). Ces éléments se répercutent sur le nombre d'enfants désirés : ainsi au Niger, les maris souhaitent en moyenne avoir 13 enfants alors que leurs femmes en veulent 9 ; et respectivement 11 et 7 au Cameroun, 10 et 6 au Sénégal (Andro, 2000).

***L'émergence de nouveaux comportements et idéaux familiaux : baisse de la mortalité des enfants, progrès de l'instruction, urbanisation progressive***

Le Kenya qui battait des records avec en moyenne 8 enfants par femme en 1978 en est maintenant à une moyenne de 5,1 enfants par femme mais de 3,3 seulement en milieu urbain. Au Togo, la moyenne en 1998 était toujours élevée (6,3 enfants par femme) mais dans la capitale, Lomé, l'indice synthétique de fécondité (ISF) était de 2,9 enfants par femme. Abidjan semble suivre le même chemin : 6,4 enfants par femme en 1981, 4,1 en 1994. Au Sénégal, plus modestement, on est passé de 7,1 à 5,9 enfants par femme entre 1978 et 1997, mais dans les villes c'est un passage de 6,5 à 5 enfants par femme qui s'est produit.

En Afrique comme dans les autres pays, ce sont les facteurs de « développement » qui jouent un rôle de fond sur l'évolution des comportements : baisse de la mortalité des enfants tout d'abord (Barbieri, 1994) mais parallèlement l'instruction, surtout celle des femmes, (United Nations, 1995) et l'urbanisation, qui a des effets déterminants en termes d'échanges sociaux, de multiplication des opportunités d'emploi, d'autonomie croissante des individus par rapport à leur environnement familial. Le niveau de scolarisation des femmes, comme dans les autres continents, est un déterminant décisif de la baisse de la fécondité (tableau 2).

Tableau 2  
**Indice synthétique de fécondité (ISF, nombre d'enfants par femme)  
selon le niveau d'éducation des mères (1990-1999)**

Pays	Illettrées	Niveau primaire	Niveau secondaire
Afrique de l'Ouest et centrale			
Togo, 1998	6,5	4,8	2,7
Nigeria, 1990	6,5	5,1	4,3
Niger, 1998	7,8	6,7	-
Burkina, 1993	7,2	6,1	3,1
Mali, 1995/96	7,1	6,5	4,1
Côte d'Ivoire, 1994	6,2	5,3	3,8
Sénégal, 1997	6,3	5,2	3,1
Tchad, 1996/97	6,7	6,5	-
Afrique de l'Est			
Tanzanie, 1999	6,5	5,1	4,8
Ouganda, 1995	7,0	7,1	5,1
Zambie, 1999	6,8	6,7	4,5
Zimbabwe, 1999	5,2	4,5	3,4
Sources : EDS-DHS			

Urbanisation et scolarisation sont évidemment des facteurs multi-signifiants car ils résument un ensemble de facteurs favorables aux changements de comportements. Ils sont d'ailleurs en général fortement corrélés. Les adultes les plus éduqués se trouvent dans les villes. Mais, prises séparément, il est bien démontré que l'instruction et l'urbanisation ont un rôle spécifique sur l'évolution de la fécondité. L'une comme l'autre conditionnent un meilleur accès aux services de santé, de contraception, de plus fortes aspirations à l'éducation des

enfants, une plus grande proximité des sources d'informations et en ce qui concerne les rapports de couples, une plus grande marge de négociation des femmes pour adopter des comportements nouveaux.

Inspirées par les travaux menés en Europe sur les débuts de l'introduction de la limitation des naissances, les hypothèses d'une diffusion des idéaux nouveaux par les médias et les échanges entre groupes ont eu une première heure de gloire au début de la période d'Indépendance où l'on pensait que les sociétés africaines allaient « s'occidentaliser », les familles devenir conjugales et nucléaires, et la contraception être adoptée comme un élément de la modernité. Les années 1970-80 ont montré que les sociétés africaines, si elles faisaient des emprunts à l'Occident, avaient aussi des modèles de comportement spécifiques. Les théories de la diffusion ont trouvé un regain d'actualité sous une forme plus opérationnelle avec des travaux sur l'effet des infrastructures de communication et les médias ainsi que sur l'influence des communications interpersonnelles, au sein des associations et groupes d'appartenance, en matière d'évolution des idéaux familiaux (voir notamment Watkins, 2000).

### ***Les effets de la crise économique et de l'extension de la grande pauvreté***

Prenant le contre-pied de la théorie optimiste de la transition démographique qui postulait que la « modernisation » sous différentes formes (éducation, urbanisation, diminution de la mortalité, voire nucléarisation des ménages) serait le moteur de la diminution de la fécondité, les années « noires » que traverse l'Afrique et l'expérience de l'Amérique latine, une décennie auparavant, ont mis en avant une autre hypothèse, celle de la « transition induite par la crise » (Lesthaeghe, 1989b). Plusieurs auteurs ont alors anticipé que la crise économique de l'Afrique allait entraîner des comportements de limitation des naissances. C'est ce que l'on observe actuellement dans certains milieux urbains qui avaient connu auparavant un développement important de l'éducation et des infrastructures sanitaires. Les adultes y ont à la fois des aspirations plus élevées à l'éducation de leurs enfants et des moyens de plus en plus réduits pour réaliser ces aspirations.

Là où elle se produit, la baisse de la fécondité est due à la convergence de facteurs de « développement » et de situations objectives de crise et de paupérisation qui accélèrent la prise de conscience de l'intérêt de descendance moins nombreuses. Le nombre idéal d'enfants est, en moyenne, en baisse dans la plupart des pays, mais reste, par exemple, partout égal ou supérieur à quatre enfants, parmi les femmes de 30-34 ans (tableau 3).

### **Les déterminants proches des niveaux de fécondité**

Les analyses de Davis et Blake (1956), reprises et modélisées par Bongaarts (1978), ont montré que ces influences « fondamentales », qui viennent d'être examinées, agissent par l'intermédiaire de leur action sur des variables « proches » qui, elles, déterminent directement le niveau de la fécondité : pratiques matrimoniales, espacement entre les naissances, pratique de la contraception et avortement.

#### ***Les pratiques matrimoniales***

Les pratiques matrimoniales habituelles en Afrique, qui conduisent à une entrée relativement précoce des femmes en union, sont un des déterminants principaux du niveau élevé de la fécondité (tableau 4).



Tableau 3  
**Nombre idéal d'enfants (moyenne) parmi les femmes âgées de 30-34 ans, selon les deux séries d'enquêtes EDS-DHS de 1986-1994 et 1995-1999**

Pays	1986-1994		1995-1999	
	Année	Nombre idéal	Année	Nombre idéal
Afrique de l'Ouest et centrale				
Ghana	1988	5,5	1998	4,5
Guinée	1992	6,3	1999	5,9
Mali	1987	7,2	1995/96	6,8
Niger	1992	8,7	1998	8,7
Nigeria	1990	6,5	1999	6,4
Sénégal	1992/93	6,9	1997	5,4
Togo	1988	5,7	1998	4,8
Cameroun	1991	7,5	1998	6,2
Afrique de l'Est				
Kenya	1993	4,0	1998	3,9
Ouganda	1988/89	6,8	1995	5,9
Tanzanie	1991/92	6,4	1999	5,5
Zimbabwe	1988	5,4	1999	4,2
Sources : EDS-DHS				

D'après les enquêtes les plus récentes, une femme sur deux en Guinée, au Niger et au Mali, donne naissance à un enfant avant son 18<sup>e</sup> anniversaire. C'est le cas d'une femme sur trois au Burkina Faso, au Cameroun, à Madagascar, en Ouganda et en Zambie, d'une femme sur quatre au Sénégal, au Togo, au Kenya et en Tanzanie et d'une femme sur cinq au Ghana et au Zimbabwe. La proportion des femmes qui ont été mères avant 18 ans a été stable ou a légèrement augmenté dans cinq des 15 pays pour lesquels on a au moins deux enquêtes depuis 1987 (Burkina Faso, Guinée, Mali, Madagascar et Zambie). Elle a par contre notablement diminué au Niger, au Nigeria, au Sénégal, au Togo et au Zimbabwe.

En Afrique sub-saharienne le retard de l'entrée en union va souvent de pair avec une augmentation des conceptions ou des naissances prénuptiales (voir par exemple au Togo, Thiriart, 1998). Néanmoins, dans les villes, le retard de l'entrée en union est un des déterminants importants de la baisse de la fécondité. Au Sénégal, par exemple, les baisses de fécondité récentes sont essentiellement dues à la diminution de la fécondité dans les premiers groupes d'âges, signe d'un changement dans les pratiques matrimoniales (Pison *et al.*, 1995).

La précocité de l'entrée en union des femmes n'est pas le seul facteur qui influence la fécondité. La polygynie, la fréquence des remariages après séparation, jouent un rôle en favorisant l'exposition des femmes au risque de concevoir. On a aussi évoqué le fait que la polygynie entretient une situation de concurrence entre les épouses qui les incite à avoir des descendance nombreuses.

Tableau 4  
**Proportion (%) de femmes mariées ou mères avant 18 ans  
 (parmi les femmes de 20-24 ans)**

Pays	Année de l'enquête	Mariées avant 18 ans		Mères avant 18 ans	
		avant 1994	après 1994	avant 1994	après 1994
Afrique de l'Ouest et centrale					
Burkina Faso	1992/93 et 1998/99	62	62	31	33
Ghana	1988 et 1998	41	35	23	20
Guinée	1992 et 1999	67	64	49	50
Mali	1987 et 1995/96	79	70	46	46
Niger	1992 et 1998	83	77	53	46
Nigeria	1990 et 1999	52	40	35	28
Sénégal	1992/93 et 1997	48	36	34	26
Togo	1988 et 1998	43	30	30	23
Cameroun	1991 et 1998	58	43	46	33
Afrique de l'Est					
Kenya	1989 et 1998	28	25	28	23
Madagascar	1992 et 1997	37	40	31	32
Ouganda	1988/89 et 1995	53	54	42	39
Tanzanie	1991/92 et 1999	37	39	28	26
Zambie	1992 et 1996	43	44	34	35
Zimbabwe	1988/89 et 1999	33	29	35	20
Sources : EDS-DHS, 1986-1999					

***L'intervalle entre naissances : abstinence post-partum et allaitement***

Les pratiques d'abstinence *post-partum* et plus encore l'allaitement prolongé entraînent une période d'infécondabilité après l'accouchement d'une durée variable qui peut aller jusqu'à 2 ans environ. Ces pratiques, fortement valorisées par les croyances et la pression sociale, sont le facteur principal de la maîtrise de la fécondité africaine.

L'abstinence *post-partum* n'est pas pratiquée dans toutes les sociétés. Là où elle l'est, elle peut durer de 6 mois à 2 ans (Benefo, 1995). Elle est en général liée à la croyance que l'interdit doit s'appliquer tant que la femme allaite. Cette pratique a tendance à diminuer dans les générations les plus jeunes et les milieux citadins. Les hommes invoquent souvent son existence pour justifier le recours à la polygynie.

L'allaitement de longue durée est encore de règle pour la plupart des mères. De plus, il y a peu de suppléments alimentaires pour l'enfant dans les premiers mois de sa vie et les mères allaitent à la demande, jour et nuit. Tout cela favorise une inhibition de l'ovulation d'assez longue durée. C'est la raison essentielle pour laquelle les intervalles entre naissances sont de l'ordre de trois ans dans les sociétés africaines.

Tous les programmes de santé de la reproduction s'intéressent maintenant directement à encourager l'allaitement de longue durée, en raison de ses effets à la fois bénéfiques sur la santé des enfants et favorables à une réduction de la fécondité par le prolongement de

l'intervalle entre naissances. En Afrique, se pose le douloureux problème des femmes séropositives. En raison du risque de transmission mère-enfant par l'allaitement il faudrait leur déconseiller l'allaitement, mais ne pas allaiter est un risque majeur pour l'enfant si des aliments de substitution ne sont pas disponibles. C'est également un risque social pour la mère qui, en refusant d'allaiter, se « désigne » comme porteuse du sida (Desgrées du Loû, 2000).

L'abandon des pratiques d'abstinence et d'allaitement, lorsqu'elles ne sont pas remplacées par une pratique efficace de la contraception, conduit à des intervalles entre naissances plus rapprochés et par conséquent à une augmentation de la fécondité. C'est ce que l'on a observé dans certains groupes sociaux urbanisés mais peu scolarisés au Nigeria (Page et Lesthaeghe, 1981). C'est une des explications de l'augmentation transitoire de la fécondité dans les pays en début de transition (au Kenya, par exemple entre 1970 et 1985).

### ***La pratique de la contraception***

Alors que partout ailleurs la pratique de la contraception est largement répandue, en Afrique sub-saharienne on en est encore aux débuts de la diffusion des méthodes modernes de contraception. L'espacement entre naissances par l'allaitement et éventuellement l'abstinence *post-partum* est encore le premier facteur de maîtrise de la fécondité (tableau 5 et figure 5).

Seules les femmes du Zimbabwe et du Kenya ont, en 2000, une pratique actuelle de la contraception moderne supérieure à 20 %. Au Ghana, en Tanzanie et en Zambie, le taux de pratique dépasse 10 %, ailleurs il est plus faible.

Tableau 5  
**Femmes en union, utilisant actuellement la contraception moderne (%)  
en Afrique sub-saharienne, selon les trois séries d'enquêtes EDS-DHS**

Pays	DHS-I 1986-90	DHS-II 1991-94	DHS-III 1995-99
Kenya	14,7	20,7	23,6
Tanzanie	-	5,9	11,7
Ouganda	2,7	7,4	-
Zambie	-	7,0	11,2
Zimbabwe	27,2	31,1	-
Ghana	3,7	9,3	10,7
Mali	1,2	-	5,0
Sénégal	2,7	4,5	7,0
Togo	3,4	-	7,9
Burkina-Faso	-	4,0	5,8
Cameroun	-	4,2	8,0

Si on observe seulement les femmes en union de 30-34 ans, qui ont déjà largement constitué leur descendance, on constate que la pratique est largement répandue dans trois pays, le Kenya (36 % en 1998) le Zimbabwe (44 % en 1999) et le Botswana (33 % en 1988). Partout ailleurs, même dans ce groupe d'âges, la pratique de la contraception moderne

dépasse rarement les 10 %. Il y a une progression rapide dans certains pays comme le Ghana (passé de 5 % en 1988 à 14 % en 1998).

Les programmes de planification familiale qui ont été mis en place n'ont pas eu l'efficacité attendue ni la rapidité de diffusion escomptée, pour des raisons diverses selon les sociétés, bien que les réponses aux enquêtes accréditent l'idée d'un « besoin non satisfait de planification familiale » (Westoff et Bankole, 1995 ; Casterline et Sinding, 2000).

Les principales difficultés à surmonter sont nombreuses. Il faut d'abord compter avec les réticences de la clientèle potentielle à l'idée de la limitation des naissances et parfois avec l'opposition des maris. L'insuffisance des infrastructures mises à la disposition du public est patente. Très souvent les centres de Planification familiale sont implantés seulement dans les villes et les candidats éloignés des centres ne peuvent pas accéder aux services dans des conditions acceptables (coût du transport, temps perdu, etc.). La mauvaise qualité des services offerts est également un obstacle majeur. La relation distante entre client et prestataire, les informations insuffisantes et mal comprises, les files d'attente trop longues, le non-respect de l'intimité, les ruptures de stock, etc. sont autant de freins à l'adoption des services de contraception (Bruce, 1990 ; Adeokun, 1994). Enfin dans de nombreux centres, on ne reçoit pas les jeunes filles non mariées.

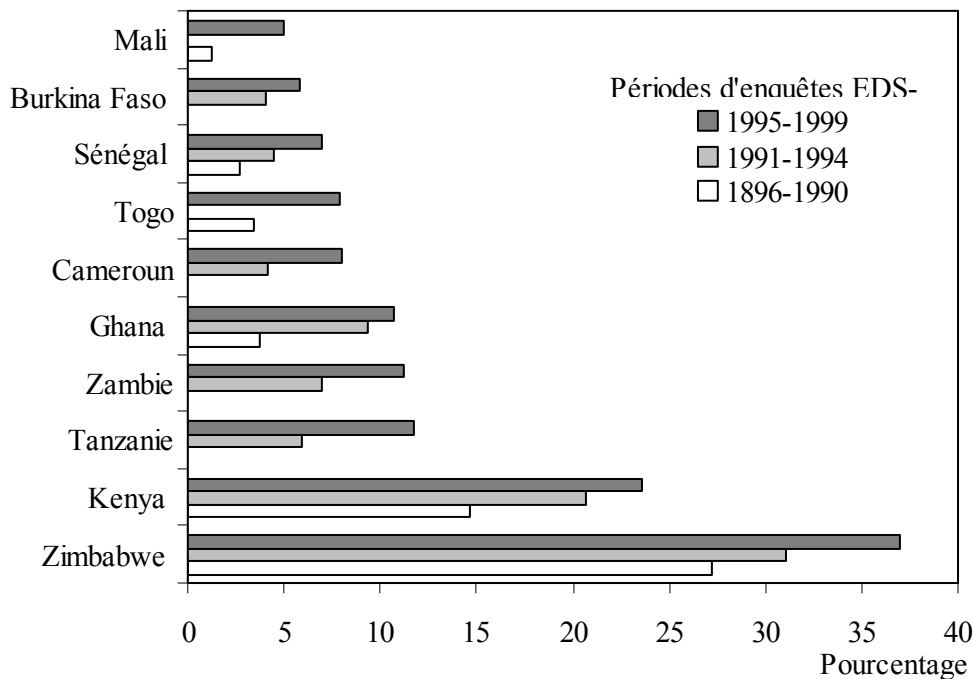


Figure 5  
**Femmes en union utilisant actuellement la contraception moderne (%).**  
 Sources : EDS-DHS

Les méthodes à adopter pour mieux distribuer les contraceptifs font l'objet d'expériences très variées. Selon les pays on privilégie la mise à disposition par les services de santé classiques de protection maternelle et infantile (PMI) ou par des canaux spécifiques (associations de planification familiale, notamment soutenues par l'*International planned parenthood federation*, IPPF), chacun ayant ses avantages et ses inconvénients (Stewart *et al.*, 1999). Avec l'épidémie de sida et l'impérieuse nécessité de faire connaître les préservatifs, les services de distribution à base communautaire (*Community based distribution*, CBD), qui existaient déjà en petit nombre pour les contraceptifs, ont été multipliés. Des agents formés pour ce faire passent dans les villages, voire dans chaque maison et procurent des informations et des contraceptifs. Il s'agit le plus souvent des condoms mais aussi dans certains pays qui l'autorisent, des pilules contraceptives (Katz *et al.*, 1998). La distribution des contraceptifs n'est donc plus seulement assurée dans les centres spécialisés. Néanmoins, pour être efficaces, ces distributions demandent un très important personnel et des moyens de transport conséquents, deux conditions très rarement réunies.

### ***L'avortement***

Dernier des facteurs « proches » de la fécondité, l'avortement est depuis quelques années une donnée incontournable des pratiques africaines de limitation des naissances, surtout dans les villes. À Abidjan une enquête récente auprès de femmes enceintes révélait que 47 % d'entre elles avaient eu recours, une fois au moins, à l'avortement. Quand on sait qu'il s'agit presque toujours d'avortements clandestins effectués dans de mauvaises conditions (Desgrées du Loû *et al.*, 1999), on mesure le problème de santé publique que constitue une telle pratique. Au Kenya par exemple, une enquête réalisée en milieu hospitalier a montré que 60 % des admissions en gynécologie étaient directement liées à des complications des suites d'un avortement. C'est aussi la preuve que, désormais, il y a en Afrique un désir grandissant de contrôler la fécondité, sans que les moyens de contraception soient suffisamment connus ou accessibles.

La cause principale des avortements reste le manque criant d'informations et de moyens contraceptifs surtout chez les plus vulnérables des femmes, les jeunes illettrées et les femmes en situation de grande pauvreté, acculées à cette solution par leur situation de détresse. Le rôle des hommes doit aussi être pris en compte. Ils interviennent dans le processus qui conduit à la décision d'avorter et dans le type d'avortement réalisé.

### **Les politiques de population et la maîtrise de la fécondité : un long parcours encore inachevé**

#### ***De Bucarest (1974) au Caire (1994) en passant par Arusha (1984) et Dakar (1992)***

Les politiques de population se sont implantées assez lentement en Afrique subsaharienne. Elles ont été dans leurs débuts fort critiquées dans de nombreux pays qui n'étaient pas favorables à leur axe majeur, celui de l'introduction des méthodes de contraception (Locoh et Makdessi, 1996).

Les initiatives d'adoption d'une politique de population ont été pour la plupart inspirées par des débats lors de conférences internationales de population. Entre la conférence mondiale de Bucarest (1974) où les délégations africaines avaient été les championnes du slogan « *La meilleure pilule c'est le développement* » et celle du Caire (1994), où les gouvernements africains se sont entendus pour adopter un objectif de réduction de la fécondité, beaucoup a été fait. En 1984, à Arusha, la déclaration de Kilimandjaro (CEA, 1984) avait scellé le premier consensus des états africains sur l'implantation de services de planification des naissances, mais c'est à Dakar en 1992 que des objectifs de réduction de la fécondité ont été pour la première fois collectivement adoptés.

Les organismes internationaux, notamment l'UNFPA, ont soutenu de nombreux programmes pour la mise en place de politiques nationales de population (appelés désormais programmes de « plaidoyer »), avec des succès mitigés dans les années soixante à quatre-vingt. Ces programmes ne faisaient pas l'unanimité dans les milieux politiques, en raison de la préférence culturellement dominante pour la forte fécondité. La situation est maintenant bien différente. L'ampleur des dysfonctionnements des économies africaines a incité la plupart des gouvernements à adopter, parmi d'autres programmes proposés par les instances internationales, des objectifs de réduction de la fécondité et des programmes de création ou de renforcement des centres de planning familial.

*« La comparaison de deux enquêtes périodiques des Nations unies sur les opinions des gouvernements concernant les tendances démographiques (United Nations, 1979, 1992), met en évidence une évolution des positions vers une plus grande prise de conscience des problèmes liés à la fécondité élevée et l'adoption de positions interventionnistes. Les programmes de planification familiale soutenus par des gouvernements dans le but de diminuer les niveaux de fécondité sont passés de neuf en 1976 à vingt deux en 1990 (United Nations, 1992). De 1976 à 1990, treize pays sont passés d'une attitude non-interventionniste à une attitude interventionniste pour faire baisser la fécondité » (Locoh et Makdessi, 1996, p. 9).*

L'adoption de déclarations définissant une politique de population n'est qu'un premier pas. Il faut ensuite que des mesures et des règlements soient mises en œuvre, que des infrastructures soient mises en place dans toutes les régions du pays, ce qui suppose des États organisés avec des moyens de gérer le pays, conditions qui sont rarement réunies. Jusqu'à maintenant, c'est donc à l'évolution des aspirations des familles que l'on doit l'amorce de la baisse de la fécondité beaucoup plus qu'aux politiques de population. Lorsqu'elles ont joué un rôle il a été d'accompagnement plus que d'impulsion.

### ***De la planification familiale à la santé de la reproduction***

Depuis la conférence du Caire, les programmes sont réorientés vers une approche plus globale. On a mis l'accent sur la santé de la reproduction et non plus seulement sur la contraception. Cela suppose que les programmes mis en place (a) reconnaissent le droit de tous les individus à une sexualité sans risque et à une vie sexuelle épanouie, (b) qu'ils prennent en compte la santé génésique des femmes tout au long de leur vie (lutte contre les mutilations génitales féminines, menarche, ménopause, prévention des cancers du sein et de l'utérus) et non seulement au cours de leurs années fécondes (c) que l'accès à la contraception des très jeunes filles, mariées ou non, ainsi que de leurs partenaires soit possible, ce que ne permettaient pas certains programmes antérieurs en Afrique.

Les programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le sida doivent faire partie intégrante des programmes de planification des naissances. Pour indispensable qu'elle soit, cette intégration ne va pas sans difficultés. Car l'utilisation du condom, qu'il faut absolument répandre pour la prévention du sida, est aussi une des méthodes de contraception mise à disposition dans les centres de planification familiale. Les réticences à recourir à ce moyen, dans le cadre d'une contraception, peuvent être accrues du fait que son utilisation devient, dans des populations peu ou mal informées, un « marqueur » du sida.

Cette nouvelle conception de la « santé de la reproduction » impose également que les hommes soient associés aux programmes de maîtrise de la fécondité, notamment par des programmes de sensibilisation qui leur soient destinés (Dodoo et Nii-Amoo, 1998). Encore faut-il que la position qu'ils y occupent, en tant qu'époux ou techniciens, permette l'instauration de rapports de coopération avec les femmes et non pas, une fois de plus, des rapports de domination.

*« Si les femmes n'ont pas leur mot à dire et ne disposent pas d'autorité en matière de gestion de leur fécondité, les actions consistant simplement à mettre à leur disposition des méthodes contraceptives ne suffisent pas à améliorer les conditions de la santé de la reproduction. Les objections et les attitudes négatives des hommes à l'égard de la planification familiale peuvent empêcher leurs femmes d'agir même si ces dernières aspirent à modifier leurs comportements » (Andro, 2000).*

Ces objectifs mettent en jeu la structure des relations entre les sexes en modifiant les processus reproductifs. Une nouvelle répartition des statuts et des rôles de chaque sexe doit être renégociée.

### ***Nouvelles menaces, nouveaux défis à relever par les programmes et les projets***

Les difficultés des programmes de planification familiale tiennent essentiellement aux contraintes économiques et politiques auxquelles sont confrontés les gouvernements africains. Les programmes d'ajustement structurel, qui ont mis en avant des conditionnalités d'adoption d'objectifs de limitation des naissances, ont aussi fortement réduit les moyens de tous ordres (personnels, équipements, médicaments et contraceptifs) des services chargés d'assurer la diffusion des programmes de santé de la reproduction et de la contraception. L'écroulement des structures de santé a des effets directs sur les services de planification familiale. Le risque, dans certains pays, de déscolarisation ou de non-scolarisation, faute de moyens, est aussi une menace pour l'avenir de la pratique de la planification familiale. Ces carences expliquent l'augmentation rapide des avortements clandestins ou semi-clandestins avec leur cortège de risques pour les femmes, y compris pour leur fécondité ultérieure. Les programmes doivent répondre à la demande ainsi exprimée de façon indirecte d'une meilleure information sur les méthodes de contraception disponibles.

L'extension de l'épidémie de sida a des effets paradoxaux sur les programmes de planification familiale (Awusabo-Asare *et al.*, 1997). D'une part, l'utilisation croissante du condom, pour des raisons de prophylaxie, peut avoir un effet contraceptif mais risque aussi de stigmatiser les services qui le recommandent et leurs clients. Par ailleurs le condom est rarement utilisé de façon systématique et justement pas avec les épouses légitimes, comme l'ont montré de nombreuses enquêtes.

Un autre paradoxe est celui que les premiers signes de baisse de la fécondité font courir aux programmes de planification familiale. Cette évolution risque de conduire à un relâchement des aides extérieures aux programmes, au motif que le « problème » de la « trop » forte fécondité va se résorber. Il ne faut pas se leurrer. Les populations commencent à avoir un vrai désir de limiter la taille de leur famille, c'est donc maintenant qu'il faut donner de nouveaux moyens aux organismes de PF, aux services verticaux de santé comme aux associations non gouvernementales qui délivrent de la contraception. Les financements ne doivent pas se relâcher, ni pour la prestation de services de contraception ni pour la diffusion de formations, dans les écoles, les universités, les filières professionnelles.

## **CONTRAINTES ET INNOVATIONS, QUELLES PERSPECTIVES POUR LES FAMILLES AFRICAINES AU XXI<sup>e</sup> SIECLE ?**

### **Rien ne sera plus comme avant...**

La situation de l'Afrique impose, dans l'urgence, d'observer et d'analyser les changements rapides que vivent les sociétés, et partant les familles. Tout va très vite. Le changement démographique d'abord : la transition, inaugurée avec une baisse notable de la mortalité, n'est qu'au tout début de la baisse de la fécondité, en relation avec les prémices d'un certain développement. Les populations s'accroissent à un rythme beaucoup plus rapide qu'auparavant, imposant aux familles des réadaptations pour faire face à l'arrivée des jeunes.

Dans le même temps le processus d'urbanisation lui-même s'accélère, les néo-citadins doivent inventer de nouveaux modes de vie dans des villes sans longue tradition urbaine. La scolarisation, en hausse constante depuis les indépendances, « livre » de nouvelles générations d'adultes alphabétisés, mieux armés que leurs parents mais aussi porteurs d'aspirations et d'exigences nouvelles pour eux-mêmes et leurs enfants.

La production, elle aussi, se diversifie progressivement entraînant une mutation des rapports entre producteurs, de nouveaux modes de d'organisation et de rétribution du travail. N'oublions pas non plus les tout récents essais de démocratie, trop tôt étouffés dans bien des cas, mais qui laissent leur marque dans les esprits et les opinions...

### **Les gains en espérance de vie ont été importants mais ils sont remis en cause par les dévastations de l'épidémie de sida**

La baisse de la mortalité des enfants est un facteur important de l'évolution des idéaux de fécondité. On le voit déjà dans les milieux éduqués des villes où les parents ont commencé à « réajuster » leurs descendance à la baisse. L'un des déterminants de cette baisse est leur perception plus ou moins implicite que les risques de décès de leurs enfants ont diminué. Pourtant dans certains pays très touchés par l'épidémie de sida, les gains du demi-siècle précédent sont remis en cause (United Nations, 1998), compromettant ainsi les nouveaux équilibres qui se mettaient en place dans les familles.

Les décisions matrimoniales comme les rapports au sein des couples sont évidemment fortement marqués par cette menace du sida (Pisani, 1998). Les hommes cherchent à épouser



des jeunes filles de plus en plus jeunes, espérant ainsi échapper à la contamination. Ils contaminent ainsi, s'ils sont séropositifs, les générations les plus jeunes.

Les comportements reproductifs sont eux aussi profondément affectés par l'épidémie. L'usage du préservatif joue peut-être un rôle, encore qu'il ne soit pas utilisé de façon systématique, ce qui compromet son efficacité, tant comme contraceptif que dans la lutte contre l'épidémie. Mais les rapports entre hommes et femmes, individuellement et collectivement, sont durablement affectés par l'existence de cette menace. Va-t-on vers plus de solidarité conjugale ? Plus de méfiance et de stratégies séparées ? Un partage ou non de la révélation de la séropositivité ? Des recherches qualitatives approfondies doivent être conduites dans chaque milieu pour répondre à ces questions (voir par exemple l'enquête de Judith Hassoun à Abidjan, 1997).

### **Des pratiques matrimoniales en pleine mutation**

Les résultats les plus récents montrent à l'évidence un début de recul de l'entrée en union, surtout pour les femmes. L'âge moyen au premier mariage des Kenyanes est passé de 18,3 ans en 1962 à 21,7 ans en 1998. Au Togo l'évolution est comparable : il est passé de 18 ans à 21,3 ans de 1988 à 1998, soit un brusque changement en dix années. Les pays du Sahel qui restent des pays à nuptialité précoce ont eux aussi connu un certain recul de la primonuptialité féminine.

Plus les jeunes sont « indépendants » et en contact avec des modèles divers, par l'école, le travail, par l'hétérogénéité culturelle du milieu de résidence, en ville par exemple, plus ils auront tendance à vouloir participer aux décisions qui les concernent, au premier rang desquelles le mariage. La scolarisation, surtout celle des filles, retarde l'âge à l'entrée en union. D'après les travaux comparatifs réalisés par Lesthaeghe *et al.* (1989) sur 170 groupes ethniques d'Afrique sub-saharienne, la scolarisation des filles est la variable qui pèse le plus dans les différences d'âge au mariage entre populations, bien plus que toute autre variable socio-économique ou culturelle (mode de production, organisation lignagère, système d'héritage, stratification socio-politique). Au Kenya (d'après l'enquête DHS de 1993), dès 17 ans la moitié des filles non scolarisées sont mariées, alors qu'il faut attendre 21,5 ans pour que la moitié des femmes ayant atteint le secondaire soient concernées (Hertrich et Locoh, 1999).

Si dans les villes le recul de l'âge au mariage est flagrant, on commence aussi à l'observer dans certains milieux ruraux (Bledsoe et Cohen 1993).

Par ailleurs, les difficultés croissantes d'accès à l'emploi retardent aussi l'accès des jeunes hommes au mariage, puisqu'ils ne peuvent plus accumuler la compensation matrimoniale ou installer leur propre ménage. De ce fait leur entrée en union a tendance à être différée et les écarts d'âge entre époux diminuent peu, contrairement à l'effet que l'on attendait de la tendance des jeunes à contracter des unions moins dépendantes de décisions de leurs familles respectives.

Jusqu'à présent le célibat définitif est resté très rare en Afrique sub-saharienne. Ce qui est déjà assez répandu, ce sont les unions informelles, qui donnent lieu à des séparations fréquentes et à la constitution de ménages fémino-centrés. En effet, avec la crise des économies africaines, les unions consensuelles, de statut précaire, sont plus nombreuses qu'auparavant, soit parce qu'elles engagent moins les partenaires décidés chacun à garder

leur autonomie, soit parce que les processus matrimoniaux classiques, et spécialement la compensation matrimoniale, sont trop coûteux.

De leur côté, les ruptures par séparation ou divorce sont probablement en augmentation, à la fois en raison de la crise économique et de l'augmentation de l'autonomie des femmes, car ce sont elles en général qui prennent l'initiative des ruptures. Les séparations induites par les migrations et la plus grande fragilité des unions « informelles » sont aussi des causes d'accroissement des ruptures. Avec la baisse tendancielle de la mortalité, les ruptures par veuvage pourraient diminuer... mais l'épidémie de sida est maintenant une cause majeure de décès prématurés, avec laquelle il faut compter.

Dans les années soixante, une vue encore très européocentrique des évolutions des familles africaines laissait prévoir un fléchissement de la polygynie et l'adoption de la famille nucléaire. Quarante ans après, on mesure à quel point les choses sont allées différemment. La polygynie a résisté jusqu'à présent aux remises en question des institutions (préceptes des religions chrétiennes, droit moderne). Jusqu'ici, à s'en tenir aux statistiques, la pratique polygynique se porte assez bien. Elle revêt parfois de nouvelles formes, notamment dans les villes (deuxième bureau, union polygynique sans corésidence, etc.) (Clignet, 1987 ; Locoh, 1994 ; Wa Karanja, 1987, 1994).

C'est peut-être la crise économique conjuguée à d'autres facteurs (scolarisation, urbanisation, diminution de la population vivant de l'agriculture...) qui explique les premiers signes de diminution de cette pratique dans quelques pays (Antoine et Pilon, 1998). Dans huit pays, on peut comparer les enquêtes EDS-DHS des années 1987-1993 à celles des années plus récentes. Les proportions d'hommes en situation de polygynie ont diminué partout et celles des femmes dans six des huit pays (au Burkina Faso et au Niger ces proportions ont augmenté) (tableau 6 et figure 6).

Tableau 6  
**Proportion d'hommes et de femmes qui sont en union polygame.**  
(EDS-DHS 1991-1999)

Pays	Année de l'enquête	% en union polygame			
		Femmes		Hommes	
		avant 1994	après 1994	avant 1994	après 1994
Burkina-Faso	1992/93 et 1998/99	51	55	35	32
Cameroun	1991 et 1998	38	33	26	18
Ghana	1988 et 1998	28	23	15	12
Guinée	1992 et 1999	50	54	30	33
Kenya	1993 et 1998	19	16	12	10
Niger	1992 et 1998	36	38	24	23
Nigeria	1990 et 1999	41	36	-	26
Sénégal	1992/93 et 1997	48	46	38	-
Zambie	1992 et 1996	18	17	-	-
Zimbabwe	1988/89 et 1999	19	16	16	9

Source : EDS-DHS, 1986-1999

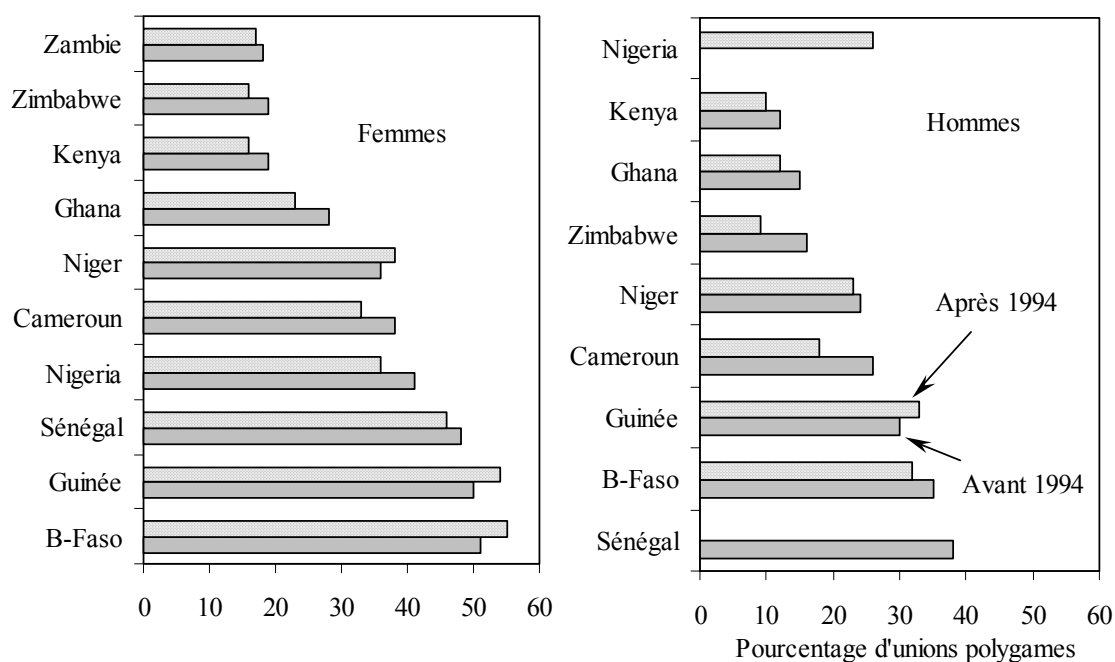


Figure 6  
**Proportion (%) d'hommes et de femmes en union polygame**  
 Sources : EDS-DHS

L'urbanisation, le travail salarié, la scolarisation remettent en cause, de façon encore peu visible mais réelle, les définitions traditionnelles du rôle d'époux et d'épouse. L'accroissement des unions sans co-résidence en est peut-être un des signes. L'existence de couples solidaires qui partagent les biens et les décisions, peu nombreux il est vrai, en est un autre.

On assiste à une évolution certaine des rôles masculins et féminins dans la vie matrimoniale, évolution qui se nourrit d'emprunts aux sociétés traditionnelles comme aux « modèles » venus d'autres sociétés et diffusés par les médias (Locoh, 1993, 1996). Les hommes voient leur rôle traditionnel de « dominant » remis en cause par les revers économiques qui les privent parfois de tout accès à une activité productive, des expériences qui, à leur corps défendant, déstabilisent leurs positions sociales et familiales antérieures (Silberschmidt, 1991). Les femmes et surtout les associations féminines ont un rôle très important à jouer pour que les pratiques matrimoniales fassent une place plus juste au libre choix des femmes, à leur participation aux décisions, au respect entre conjoints (Adjamagbo-Johnson, 1999).

### La fécondité baisse, mais avec des différentiels très importants

Dans les vingt premières années post-coloniales, on a attendu en vain des transformations familiales escomptées : ni l'engouement pour la famille « conjugale », ni l'adoption de la limitation des naissances n'étaient vraiment manifestes, en dépit de la

scolarisation et de l'accès aux emplois du secteur moderne et aux moyens modernes d'information. Le changement était là, en gestation, mais imperceptible au niveau des comportements familiaux. Il a fallu les effets combinés de ce progrès social réel et de la crise qui s'est abattue sur les économies africaines pour que des comportements nouveaux se fassent jour (Coussy et Vallin, 1996).

***Les villes, comme partout, sont plus avancées dans la transition***

Depuis le début des années quatre-vingt, il devient évident que les facteurs de baisse de la fécondité touchent une fraction de plus en plus importante des populations (Locoh et Hertrich, 1994). L'accès des générations de femmes scolarisées après les Indépendances à l'âge de la maternité, l'amélioration de la survie des enfants, l'urbanisation rapide, le progrès des programmes de planification familiale et des campagnes en leur faveur, commencent à porter leurs pleins effets (voir plus haut). À cela s'ajoute que la situation de crise profonde que vivent les Africains en conduit un certain nombre à penser que le temps des grandes familles est révolu.

Les citadins, scolarisés pour la plupart, victimes des réductions drastiques d'emplois du secteur moderne, ne peuvent plus assumer leurs responsabilités parentales alors même que leurs ambitions pour leurs enfants, notamment en matière d'instruction, les amènent à penser que « l'enfant coûte cher »... et beaucoup plus qu'il ne rapporte, ce qui n'était pas le cas dans les sociétés rurales d'autosubsistance.

Les différences entre milieu urbain et milieu rural sont actuellement en train de se creuser. Contrairement à ce qui se passe en ville, la fécondité reste encore plutôt stable dans les campagnes (voir figure 3). Dans les 19 enquêtes africaines (EDS-DHS) postérieures à 1995, à l'exception du Zimbabwe (1999) où l'ISF en milieu rural est de 4,6, la fécondité en milieu rural n'est jamais inférieure à 5 enfants par femme. Elle est supérieure à 7 enfants par femme dans 3 pays et comprise entre 6 et 7 dans 10 pays. On peut s'attendre à des évolutions contrastées entre villes et campagnes, celles-ci étant toujours les laissées pour compte des équipements collectifs, centres de santé (où sont le plus souvent dispensés les conseils de planification familiale), écoles, investissements créateurs d'emplois rémunérateurs non agricoles, etc.

Certes la crise accélère les changements de comportements dans les milieux déjà enclins à adopter de nouveaux modes de vie familiaux par leur insertion dans la modernité, mais la majorité des populations africaines reste encore à l'écart de ces mutations.

L'intensité à venir des mouvements migratoires vers les villes aura certainement des conséquences décisives à la fois sur les modes de vie en couple et sur la baisse de la fécondité, à la fois parce que l'information, l'instruction et l'accès à la santé y sont moins mauvais qu'en milieu rural et parce que les difficultés quotidiennes liées à la rareté des ressources sont favorables à la constitution d'unions précaires et à la baisse de la fécondité.

***La baisse de la fécondité va remodeler les structures par âge***

Dans leurs projections les plus récentes, les Nations unies (2000) anticipent que toutes les populations africaines auront atteint en 2050 le niveau de fécondité qui permet le simple renouvellement des générations (figure 7). En Afrique du Nord on est, d'ores et déjà, presque arrivé à cette situation. Dans certains pays d'Afrique sub-saharienne on est en bonne voie d'y arriver en 2050 ou avant (pays déjà cités d'Afrique de l'Est, Ghana, Côte d'Ivoire, Togo) mais pour les pays du Sahel et les pays ruinés par la guerre sur lesquels on n'a pas de données récentes (Angola, RDC, Somalie, etc.) il est difficile de prévoir quelle sera la validité de cette perspective.

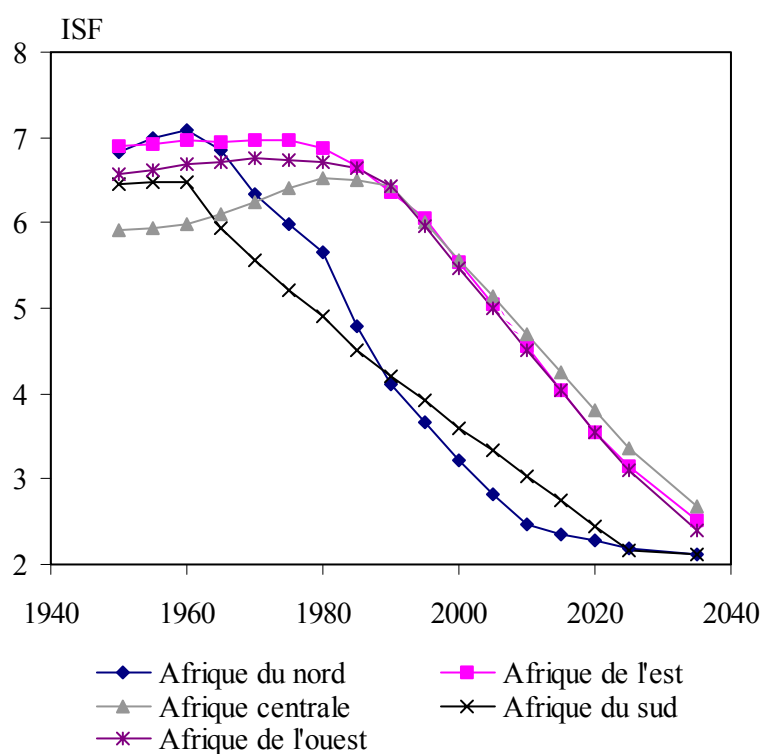


Figure 7

**Évolution de la fécondité (ISF) en Afrique par sous-région, de 1950 à 2035.**

Source : United Nations, 2000 (hypothèse moyenne)

La baisse de la fécondité qui se produira sans aucun doute, mais à un rythme encore incertain, entraînera un vieillissement démographique qu'ont déjà connu les autres continents. Il y aura donc un accroissement de la proportion de personnes âgées mais, au cours des cinquante prochaines années, il sera très progressif et il y aura encore beaucoup de moins de 20 ans en Afrique en l'an 2050. En 2025 un quart des jeunes de moins de 20 ans dans le monde seront africains.

## **Quelle sera la marge d'initiative des jeunes ?**

Ce sont les jeunes qui subissent le plus durement les crises africaines. Enfants soldats, enfants au travail, jeunes déscolarisés ou victimes d'années scolaires « blanches », quelles seront leurs chances de construire des familles susceptibles d'apporter plus de stabilité aux enfants, plus d'autonomie aux femmes, plus de sécurité aux anciens ? Seront-ils seulement plus démunis que leurs prédécesseurs ou aussi plus libres de leurs initiatives pour secouer les pesanteurs des obligations et interdits que leur impose la tradition ?

Si on se fie aux données démographiques, on sait qu'ils sont en moyenne plus instruits que leurs parents, et particulièrement les filles, qu'ils sont plus souvent en ville où ils ont troqué un minimum de sécurité alimentaire du milieu rural pour les aléas des « petits boulots ». On sait aussi que garçons et filles commencent à reculer, par choix ou par contrainte, le moment de se marier mais pas toujours celui d'avoir un premier enfant, ce qui se traduit en naissances pré-nuptiales avec leur lot d'incertitudes. On ne peut passer sous silence les nombreux risques de santé, au premier rang desquels le sida, qu'ils vont devoir affronter dans un climat économique de privations, voire de grande pauvreté pour beaucoup d'entre eux.

Pour les jeunes d'aujourd'hui, la constitution d'une famille assurant la stabilité et la sécurité à ses membres deviendra de plus en plus difficile à réaliser.

## **Des femmes entre autonomie et précarité**

La conférence de Beijing (1995), aboutissement de nombreuses réunions préparatoires, d'actions de long terme d'associations non gouvernementales et plus généralement de la prise de conscience de l'impérieuse nécessité de promouvoir l'égalité entre les sexes, pour des raisons éthiques mais aussi pour des motifs d'efficacité des actions de développement, a été une opportunité nouvelle pour les ONG africaines qui s'attaquent aux inégalités (Presser and Sen, 2000). Les femmes africaines sont à la fois dominées dans des sociétés patriarcales et pleines d'initiatives pour assurer la survie de leur famille, bien souvent sans aide de leur époux. Leur rôle dans la construction des sociabilités quotidiennes est essentiel mais, à quelques exceptions près, leur absence sur les terrains de la politique et des responsabilités publiques est patente. De la place qui sera faite aux aspirations et aux capacités des femmes dépendent l'avenir proche des familles et l'évolution démographique de l'Afrique.

La structure des rapports de pouvoir entre hommes et femmes a des effets directs, à tous les niveaux, sur la gestion sociale de la reproduction et donc sur la santé reproductive (Kritz *et al.*, 2000). Le système des relations de genre agit en effet aussi bien au niveau de chaque individu, dans ses stratégies reproductives, qu'au niveau de la société en général dans les modèles reproductifs qu'elle valorise. Autrement dit, les rapports sociaux de sexe définissent, d'une part les modalités de la prise de décision en matière de fécondité entre un homme et une femme, d'autre part les conditions sociales des processus qui entourent la procréation (grossesse, accouchement, prise en charge des enfants). La négociation entre époux sur le nombre d'enfants souhaités dépend étroitement de la structure de ces rapports entre hommes et femmes et sera décisive dans cette période de transition et de changement des aspirations familiales (Bankole, 1995 ; Andro et Hertrich, 2001).

## **Que seront les politiques publiques ?**

Les familles africaines, avec le fort « encadrement » de leurs membres, les normes souvent respectées jusqu'à maintenant de solidarité, d'assistance aux dépendants, ont fortement contribué au maintien du tissu social, dans des situations macro-économiques et politiques souvent désastreuses. Dans les cas extrêmes (guerres, migrations de réfugiés) elles ont été emportées dans la tourmente.

Pour accompagner les efforts des familles dans une période des plus difficiles, des politiques de maîtrise de la fécondité sont nécessaires mais non suffisantes. On peut être assuré que les actions en ce domaine seront en partie soutenues par la communauté internationale, notamment par l'UNFPA qui donne toujours une haute priorité à la situation préoccupante des services de santé de la reproduction en Afrique. Mais comment ne pas s'inquiéter des ravages du sida tant au niveau macro-économique, quant à ses effets sur l'emploi, sur la perte de ressources en vies humaines mais aussi au niveau familial sur la prise en charge des enfants orphelins, lorsque les adultes sont décimés par la maladie ? Comment ne pas s'alarmer du désengagement des États en matière de santé publique et d'éducation ?

L'effondrement des économies a conduit les gouvernements à laisser à l'initiative « privée », c'est à dire aux individus et aux familles, la charge de financer l'école, la santé et souvent la création d'emplois. Mais il ne faut pas compter que les familles et leurs solidarités, que l'on vante à l'envi, peuvent se substituer à des États en faillite. Faute de politiques économiques et sociales efficaces on risque d'assister à un effondrement de ces solidarités familiales. L'ingéniosité des groupes familiaux dans leurs stratégies de survie ne sont que des palliatifs à la crise qui demande des solutions au niveau macro-économique, dans un cadre national et international (Locoh, 1995).

## **BIBLIOGRAPHIE**

- ADEOKUN Lawrence A., 1994. - Service quality and family planning outreach in sub-Saharan Africa, *in* : Thérèse LOCOH et Véronique HERTRICH (eds), *The onset of fertility transition in sub-Saharan Africa*, p.235-251. - Liège, Ordina et IUSSP, 309 p.
- ADJAMAGBO Agnès, 2000. - Rapports de production et relation de genre dans les sociétés rurales des pays en développement, *in* : Thérèse LOCOH (dir.), *Rapports de genre et questions de population dans les pays du Sud*. - Paris, INED, 198 p. (Dossiers et recherches de l'INED, n° 85)
- ADJAMAGBO-JOHNSON Kafui, 1999. - Les lois, une expression officielle des rapports de genre, *in* : Thérèse LOCOH et Nguessan KOFFI (eds.), *Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest*, p. 35-51. - Abidjan, FNUAP, ENSEA, Coopération française, 169 p.

- ANDRO Armelle, 2000. - La maîtrise de la reproduction, un enjeu majeur des rapports de genre in LOCOH Thérèse (dir.) *Rapports de genre et questions de population dans les pays du Sud*, p.95-104. - Paris, INED, 198 p. (Dossiers et recherches de l'INED, n° 85)
- ANDRO Armelle et HERTRICH Véronique, 2001 – La demande contraceptive dans les pays du Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? Une comparaison Burkina Faso, Mali et Ghana, *Population*, 56 (5), p. 721-772
- ANTOINE Philippe, PILON Marc, 1998. – *La polygamie en Afrique : quoi de neuf ?* – Paris, CEPED, 4 p. (La Chronique du CEPED n° 28).
- AWUSABO-ASARE Kofi, BOERMA J. Ties and ZABA Basia (ed. by), 1997. - Evidence of the socio-demographic impact of AIDS in Africa, *Health transition review*, sup. 2, vol. 7, 188 p.
- BANKOLE Akinrinola, 1995. - Desired fertility and fertility behaviour among the Yoruba of Nigeria: A study of couple preferences and subsequent fertility, *Population Studies*, Vol. 49, n° 2, p. 317-328.
- BARBIERI Magali, 1994. – Is the current decline in infant and child mortality in sub-Saharan Africa a sign of future fertility change ?, in : Thérèse LOCOH et Véronique HERTRICH, (éd.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, p. 105-133. – Liège, Derouaux-Ordina Editions, 308 p.
- BENEFO Kofi D., 1995. - The Determinants of the duration of postpartum sexual abstinence in West Africa: A multilevel analysis, *Demography*, Vol. 32, n° 2, p. 139-157.
- BLEDSON Caroline, COHEN Barney (eds), 1993. – *Social dynamics of adolescent fertility in sub-saharan Africa*. – Washington D.C., National Academy Press, 208 p.
- BONGAARTS John, 1978. – A framework for analyzing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, 3, p. 63-102.
- BRUCE Judith, 1990. –Fundamental elements of the quality of care: A simple framework, *Studies in Family Planning*, 21(2), p. 61-91.
- CALDWELL, 1976. - Towards a restatement of fertility transition theory, *Population and development Review*, vol.2, n° 3-4, p. 321-366.
- CASTERLINE John B. AND SINDING Steve W., 2000. – Unmet need for family planning and implications for population policy, *Population and Development Review*, vol. 26, n° 4, p. 691-724.
- CEA, 1984. – *Programme d'action du Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome*. – Addis-Abeba, Commission économique pour l'Afrique, Nations unies, 10 p.
- CLIGNET Rémi, 1987. – On dit que la polygamie est morte : vive la polygamie !, in : David PARKIN et David NYAMWAYA (éds.), *Transformations of african marriage*, p. 199-209. – Londres, International African Seminars, 350 p. (New Series, n° 3).
- COUSSY Jean ET VALLIN Jacques, (dir.), 1996. - *Crise et population en Afrique. Crises économiques, programmes d'ajustement et dynamiques démographiques*, – Paris, CEPED, x p.+580 p. (Les Études du CEPED, n°13).
- DAVIS Kingsley and BLAKE Judith, 1956. – Social structure and fertility : an analytic framework, *Economic development and cultural change*, 4, p. 211-235.



- DESGREES DU LOU, 2000. – Le sida, un révélateur des disparités de genre : en Afrique les femmes affrontées à une multiplicité de risques, *in* : Thérèse LOCOH et Michel BOZON (dir.), *Rapports de genre et questions de population, II. Genre, population et développement*, p. 105-116. – Paris, INED, 196 p. (Dossiers et recherches de l'INED n° 85).
- DESGREES DU LOU Annabel, MISELLATI Philippe, VIHO Ida, WELFFENS-EKRA Christiane, 1999. – Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ?, *Population*, n° 3, mai-juin 1999, p. 427-446
- DODOO F. Nii-Amoo, 1998. - Men Matter: Additive and Interactive Gendered Preferences and Reproductive Behavior in Kenya, *Demography*, Vol. 35, n° 2, p. 229-242.
- FAPOHUNDA Eleanor and TODARO Michael, 1988. - Family Structure, Implicit Contracts and the Demand for Children in Southern Nigeria, *Population and Development Review*, 14 (4), p. 571-594.
- FRANK Odile, 1983. – Infertility in sub-Saharan Africa: estimates and implications, *Population and Development Review*, vol.9, n° 1, p. 137-144.
- FRANK Odile, MCNICOLL Geoffrey, 1987. – An interpretation of fertility and population policy in Kenya, *Population and Development Review*, Vol. 13, n° 2, p. 209-244.
- HERTRICH Véronique et LOCOH Thérèse, 1999. - *Rapports de genre, formation et dissolution de la famille dans les pays en développement*. - Liège, UIESP, 49 p.
- HASSOUN Judith , 1997. – *Femmes d'Abidjan face au sida*. – Paris, Karthala, 202 p.
- KATZ Karen R., WEST Caroline G., DOUMBIA Fode, KANE Fatoumata, 1998. - Increasing access to family planning services in rural Mali through community-based distribution. - *International Family Planning Perspectives*, Vol. 24, n° 3, p. 104-110.
- KRITZ Mary, MAKINWA-ADEBUSOYE Paulina and GURAK Douglas T., 2000. - The role of gender context in shaping reproductive behaviour in Nigeria, *in* : Harriet B. PRESSER and Gita SEN (eds), *Women's empowerment and demographic processes : Moving beyond Cairo*, p. 239-260. – Oxford, Oxford University Press, 426 p. (International Studies in Demography)
- LARSEN Ulla, 1995. - Differentials in Infertility in Cameroon and Nigeria, *Population Studies*, vol 49, n° 2, p. 329-346.
- LARSEN Ulla, 1997. - Fertility in Tanzania: do contraception and sub-fertility matter?, *Population Studies*, Vol. 51, n° 2, p. 213-220.
- LESTHAEGHE Ron (éd.), 1989a. - *Reproduction and social organization in sub-Saharan Africa*. – Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 p.
- LESTHAEGHE Ron (éd.), 1989b. – Social organisation, economic crises and the future of fertility control, *in* : Ron LESTHAEGHE (éd.) *Reproduction and social organization in sub-Saharan Africa*, p. 475-497. – Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 p.
- LESTHAEGHE Ron, KAUFMANN Georgia et MEEKERS Dominique, 1989. – The nuptiality regimes in Sub-Saharan Africa, *in* : Ron LESTHAEGHE (éd.), *Reproduction and social organization in sub-Saharan Africa*, p. 238-337. – Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 p.

- LOCOH Thérèse, 1993. – Début de la transition de la fécondité et mutations familiales en milieu urbain africain : le cas de Lomé (Togo), *in* : Dennis CORDELL *et al.*, (éd.) *Population, reproduction, sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale. Mélanges en l'honneur de Joël Gregory*, p.175-196. – Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 429 p.
- LOCOH Thérèse, 1994. – Social change and marriage arrangements : New types of union in Lomé, Togo, *in* : Caroline BLEDSOE et Gilles PISON (éds.), *Nuptiality in Sub-saharan Africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives*, p. 215-230. – Oxford, Clarendon Press, 326 p. (International Studies in Demography).
- LOCOH Thérèse et HERTRICH Véronique (ed.), 1994. - *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*. - Liège, International Union for the Scientific Study of Population, Derouaux-Ordina, 308 p.
- LOCOH Thérèse, 1995. – *Familles africaines, population et qualité de la vie*. – Paris, CEPED, 48 p. (Les dossiers du CEPED, n°31)
- LOCOH Thérèse, 1996. – Changements de rôles masculins et féminins dans la crise : la révolution silencieuse, *in* : Jean COUSSY et Jacques VALLIN, *Crise et population en Afrique. Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques*, p. 445-470 – Paris, CEPED, 408 p. (Études du Ceped n°13)
- LOCOH Thérèse and MAKDESSI Yara, 1996. – *Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne*. - Paris, CEPED, 46 p. (Les Dossiers du CEPED, n° 44)
- LOHLE-TART Louis ET FRANÇOIS Michel, 1999. – *Etat civil et recensements en Afrique francophone*. – Paris, CEPED, 549 p. (Documents et manuels du CEPED, n°10)
- PAGE Hilary AND LESTHAEGHE Ron (ed.), 1981. – *Child spacing in Tropical Africa*. – London, Toronto, Sydney, San Francisco, New York, Academic Press, 332 p.
- PISANI Elizabeth, 1998. - *Data and decision-making - Demography's contribution to understanding AIDS in Africa*. - Liège, IUSSP Policy and Research Papers, n°14, 37 p.
- PISON Gilles, HILL Kenneth, COHEN Barney and FOOTE Karen, 1995. – *Population dynamics of Senegal*. – Washington DC, National Academy Press, 254 p.
- PRESSER Harriet B. and SEN Gita, 2000. - *Women's empowerment and demographic processes* - Oxford University Press and Clarendon Press, 426 p. (International Studies in Demography).
- SILBERSCHMIDT Margrethe, 1991. – *Rethinking men and gender relations. An investigation of men, their changing roles within the household, and the implications for gender relations in Kisii District, Kenya* – Copenhagen, Center for development research, 91 p. (CDR Project paper, 6)
- STEWART John F., STECKLOV Guy and ADEWUYI Alfred, 1999. - Family planning program structure and performance in West Africa. - *International Family Planning Perspectives*, Vol. 25, Supplement, p. S22-S29.
- THIRIAT Marie-Paule, 1998. – *Faire et défaire les liens du mariage, évolution des pratiques matrimoniales au Togo*. – Paris, CEPED, 295 p. (Les Études du CEPED, n°16)
- UNITED NATIONS, 1995. – *Women's education and fertility behaviour : recent evidence from the DHS*. - New York, United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 113 p.

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

- UNITED NATIONS, 1998. – *World Population Prospects: the 1998 Revision, Analytical Report* – New York, United Nations, Department of Economic and Social affairs, Population Division, 247 p.
- UNITED NATIONS, 2000. – *World Population Prospects: the 2000 Revision, Comprehensive Tables* – New York, United Nations, Department of Economic and Social affairs, Population Division, 745 p.
- WA KARANJA Wambui, 1987. – « Outside wives » and « inside wives » in Nigeria, *in* : David PARKIN et David NYAMWAYA (éds.), *Transformations of african marriage*, p. 247-261. – Londres, International African Seminars, 350 p. (New Series, n° 3).
- WA KARANJA Wambui, 1994. – The phenomenon of « outside wives » : some reflections on its possible influence on fertility, *in* : Caroline BLEDSOE et Gilles PISON (éds.), *Nuptiality in Sub-saharan Africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives*, p. 194-214. – Oxford, Clarendon press, 326 p.
- WATKINS Cotts Suzanne, 2000. – Local and Foreign Models of Reproduction in Nyanza Province, Kenya, *Population and Development Review*, vol.26 (4): 725-760.
- WESTOFF Charles F. and BANKOLE Akinrinola, 1995. – *Unmet need. 1990-1994.* – Calverton, Maryland, Institute for Resource Development, 49 p. (DHS Comparative studies, N°16).

## **Chapitre 7**

# **LA FECONDITE AU MALI : PERMANENCE OU CHANGEMENTS ?**

*Ishaga Coulibaly*

*Direction nationale de la statistique et de l'informatique*

*(DNSI, Bamako, Mali)*

Le Mali fait partie, avec ses voisins sahéliens, des pays africains où la transition de la fécondité n'a pas débuté. Les enquêtes démographiques et de santé réalisées au cours des quinze dernières années rendent compte d'un niveau de fécondité remarquablement stable, de l'ordre de 6,8 enfants par femme.

Mais cette stabilité du niveau de fécondité n'est pas la preuve d'une immobilité des comportements de reproduction. La transition de la fécondité a pu débuter dans certains groupes sociaux sans être perceptible à l'échelle nationale. Par ailleurs l'affaiblissement de certaines pratiques traditionnelles de régulation de la fécondité (telles que l'allaitement prolongé et l'abstinence sexuelle post-partum) peut, dans un premier temps, jouer en faveur d'une augmentation de la fécondité et annuler l'effet de la contraception ou d'autres changements contribuant à une baisse de la fécondité, tel que le recul de l'âge au premier mariage des femmes. Conséquence de ces différents facteurs en jeu, une hausse temporaire de la fécondité a annoncé, dans différents pays du monde, le début de la transition de la fécondité.

Qu'en est-il au Mali ? Peut-on identifier, dans l'évolution des comportements de reproduction et des idéaux de fécondité, une remise en question du régime de fécondité ancien et, peut-être, l'amorce de la transition de la fécondité ?

Pour aborder ces questions, nous nous appuyons sur les résultats des trois enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées au Mali, en 1987, 1995/96 et 2001<sup>1</sup>. La comparabilité de données issues d'opérations distinctes présente toujours des limites, liées notamment à l'évolution des procédures de collecte et à leur mise en œuvre. C'est donc aux évolutions continues et significatives que nous porterons notre attention.

## UNE FECONDITE ELEVEE MAIS CONTRASTEE

Le niveau mais aussi la structure par âge de la fécondité des femmes maliennes sont restés stables au cours des quinze dernières années (tableau 1 et graphique 1). Ils correspondent au schéma classique d'un régime de fécondité traditionnel, où les pratiques de restriction délibérée de la descendance sont rares. La fécondité débute précocement, atteint son maximum à 20-24 ans, et se maintient à un niveau élevé jusqu'à 35-39 ans pour diminuer ensuite, principalement sous l'effet de facteurs physiologiques. À l'âge de 30 ans, les femmes maliennes ont déjà constitué plus de la moitié de leur descendance, et mis au monde près de 4 enfants en moyenne.

Cette stabilité de la fécondité correspond avant tout à celle du milieu rural où réside la majorité de la population (78 % d'après le recensement de 1998). En revanche, dans les villes, la fécondité a commencé à diminuer, en particulier aux jeunes âges (figure 2). Entre 1987 et 2001, la fécondité avant 25 ans a connu une baisse de 20 % en milieu urbain et de

---

<sup>1</sup> Ce chapitre a été rédigé en s'appuyant sur les rapports définitifs des enquêtes EDS (Ballo *et al.*, 2002 ; Coulibaly *et al.*, 1996 ; Traoré *et al.*, 1989), en particulier les chapitres traitant de la fécondité (Coulibaly et Singare, 2002 ; Traore et Ba, 1996), de la planification familiale (Coulibaly et Sidibé, 1996 ; Traore et Ballo, 2002), de la nuptialité (Seroussi, 1996 ; Traore et Ballo, 2002), des préférences en matière de fécondité (Traoré, 1996 ; Traore et Ballo, 2002) et de l'allaitement (Barrère et Seroussi, 1996 ; Diarra *et al.*, 2002). Les tableaux présentés ont été obtenus sur le site internet du programme EDS (<http://www.measuredhs.com>).

LA FECONDITE AU MALI : PERMANENCE OU CHANGEMENTS ?

près de 30 % à Bamako alors qu'elle est restée stable en milieu rural. Aux âges plus élevés, les différences entre milieux de résidence s'établissent dans le même sens mais ils sont plus modestes. Il n'apparaît pas d'évolution claire et continue de la fécondité après 25 ans. L'écart entre les milieux de résidence, qui existait déjà en 1987, s'est ainsi creusé : en 2001, une femme rurale a mis au monde en moyenne près d'un enfant de plus qu'une citadine avant 25 ans (2,7 contre 1,8 enfants), et près de deux enfants de plus au terme de sa vie féconde (7,3 contre 5,5), soit des écarts deux fois plus élevés qu'en 1987.

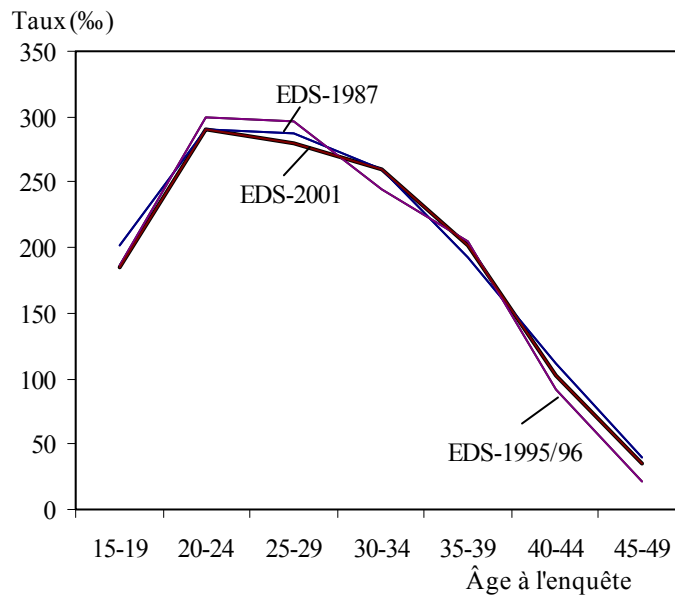


Figure 1  
**Évolution des taux de fécondité par âge.**  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

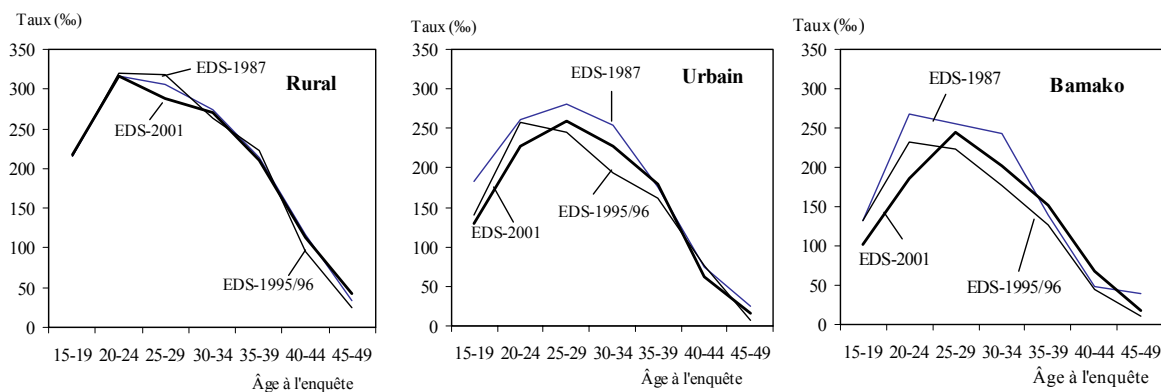


Figure 2  
**Évolution des taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence.**  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Les différences régionales s'avèrent en revanche peu marquées et relativement stables dans le temps. Abstraction faite de Bamako, les indices synthétiques de fécondité des régions<sup>2</sup> se situent sur une plage de variation restreinte, allant de 6,4 à 7,4 enfants par femme (tableau 1).

Tableau 1  
**Taux de fécondité par âge et fécondité du moment**  
**par caractéristiques socio-démographiques.**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs <sup>(1)</sup>	Date de l'enquête		
	1987	1995/96	2001
<b>Taux de fécondité par âge (‰)</b>			
15-19	201	187	185
20-24	291	299	290
25-29	288	296	280
30-34	260	244	260
35-39	193	205	202
40-44	112	91	103
45-49	40	21	35
<b>Indice synthétique de fécondité par caractéristiques socio-démographiques (nombre d'enfants par femme)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	7,4	7,3	7,3
Milieu urbain	6,3	5,4	5,5
dont Bamako	5,6	4,7	4,9
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	7,2	7,1	7,1
Primaire	6,9	6,5	6,6
Secondaire et plus	3,8	4,1	4,1
<i>Groupe de régions</i>			
Kayes, Koulikoro	7,3	6,9	7,1
Sikasso, Ségou	7,4	7,4	7,4
Mopti, Tombouctou, Gao	6,9	6,4	6,7
Bamako	5,6	4,7	4,9
<i>Ensemble du Mali</i>	6,9	6,7	6,8
(1) Les indicateurs de fécondité ont été calculés sur les 3 années précédant l'enquête pour les EDS de 1995/96 et 2001, sur les 5 années précédant l'enquête pour l'EDS de 1987.			

L'instruction des femmes est, avec l'urbanisation, un facteur de différenciation important des niveaux de fécondité (tableau 1). Les femmes ayant atteint le secondaire ont près de 3 enfants de moins que celles qui n'ont pas été scolarisées. Le bénéfice de la

<sup>2</sup> Le regroupement des régions utilisé est celui qui a été adopté par les enquêtes de 1987 et 1995/96. L'enquête de 2001 fournit des résultats plus détaillés qui confirment l'homogénéité relevée entre les groupes de régions, les indices de fécondité se situant entre 6,3 (région de Tombouctou/Gao/kidal) et 7,6 enfants par femme (Sikasso)

scolarisation primaire est beaucoup plus modeste, l'écart de fécondité étant à peine de 0,5 enfant par rapport aux femmes sans instruction. Les écarts associés au niveau d'instruction n'ont pas évolué d'une enquête à l'autre, la fécondité est restée stable au sein de chacun des groupes.

Comme il a été rappelé dans le chapitre précédent, urbanisation et instruction apparaissent dans toutes les populations comme des déterminants essentiels de la baisse de la fécondité. Ils concourent à l'adoption de nouveaux idéaux de fécondité, par l'accès à des sources d'informations plus diversifiées et les conditions d'une plus grande autonomie de réflexion et de réalisation économique et sociale, tout en offrant de plus grandes opportunités pour les mettre en œuvre, notamment par la proximité des services de santé et de contraception.

### **ENTREE EN VIE FECONDE ET ESPACEMENT DES NAISSANCES : LES COMPOSANTES DU REGIME DE FECONDITE ANCIEN ONT-ELLES EVOLUE ?**

Si les facteurs socio-économiques interviennent sur les niveaux de fécondité, c'est dans une large mesure par l'intermédiaire de différents types de comportements qui jouent sur l'exposition des femmes au risque de conception (l'âge au mariage, les conditions d'exercice de la sexualité...) ou sur la probabilité de concevoir elle-même, de manière délibérée (contraception, interruption volontaire de grossesse) ou indirecte (allaitement). Ces facteurs, (auxquels s'ajoutent les facteurs biologiques telle que la variation de l'infécondité avec l'âge) sont reconnus sous le terme de « déterminants proches » ou « variables intermédiaires » de la fécondité, en opposition avec les « déterminants lointains » d'ordre culturel, économique et social, qui conditionnent les aspirations et les pratiques des individus.

Au Mali, et plus généralement en Afrique sub-saharienne, la plupart des sociétés sont natalistes et ont développé un ensemble de pratiques qui concourent à une exploitation optimale des capacités procréatrices individuelles. Ainsi le mariage précoce des filles et généralisé pour les deux sexes, le remariage rapide et quasi-systématique des veuves et divorcées, la polygamie qui permet la mise en union de toutes les femmes, sont autant de composantes du régime de nuptialité qui assurent le déroulement de la quasi-totalité de la vie féconde des femmes en union et donc en situation d'exposition au risque de concevoir. Par ailleurs, les pratiques visant délibérément à limiter la fécondité y étaient sinon inexistantes, du moins rares ou limitées à certaines catégories de naissances indésirables, par exemple, dans certaines sociétés, le recours à l'avortement en cas de grossesse pré-conjugale ou extra-conjugale. Cependant un contrôle traditionnel de la fécondité existe (la fécondité serait sinon au moins deux fois plus élevée que celle que l'on observe) mais il passe par des pratiques visant à préserver la santé de l'enfant. La plupart des populations reconnaissent qu'un espacement des naissances est nécessaire pour assurer les meilleures chances de survie à l'enfant et ont parfois énoncé de véritables normes sur la durée (souvent de l'ordre de 3 ans) qui doit s'écouler entre deux naissances (intervalle inter-génésique). L'allaitement est le principal déterminant de cet espacement. Pratiqué sur la longue durée, de façon intensive et à la demande, il a pour effet de retarder la reprise de l'ovulation (aménorrhée post-partum) et ainsi de reporter une nouvelle conception. Certaines sociétés préconisent en outre une abstinence sexuelle de longue durée après l'accouchement (abstinence post-partum), celle-ci



s'appliquant parfois jusqu'à la fin de l'allaitement. L'abstinence renforce alors l'effet de l'allaitement.

Nous porterons d'abord l'attention à l'évolution des composantes du régime de fécondité ancien pour traiter, dans la partie suivante, de la diffusion de la contraception moderne.

### L'entrée dans la vie féconde

Les femmes maliennes débutent jeunes leur vie d'épouse et de mère. Près d'une femme sur quatre se marie avant l'âge de 15 ans, plus de la moitié avant 17 ans et une minorité seulement est encore célibataire à l'âge de 20 ans (tableau 2). Une femme sur deux a eu son premier enfant avant 18,5 ans, et à l'âge de 20 ans deux femmes sur trois sont déjà mères (tableau 3).

Tableau 2  
**Évolution de l'âge au premier mariage  
 selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.**  
 Indicateurs calculés pour les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête.  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
Proportion (%) de femmes mariées avant l'âge de :			
15 ans	26,7	19,2	24,5
18 ans	78,7	69,9	65,4
20 ans	92,4	82,1	80,9
<b>Âge médian au premier mariage</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	15,8	15,9	16,1
Milieu urbain	16,3	17,9	18,5
dont Bamako	16,0	18,3	(19,2)
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	15,9	15,9	16,3
Primaire	16,2	17,2	16,7
Secondaire et plus	(21,7)	(22,5)	(23,3)
<i>Ensemble du Mali</i>	15,9	16,3	16,7
Les âges médians entre parenthèses ont été calculés sur les femmes âgées de 25-29 ans au moment de l'enquête. L'indicateur n'a pu être déterminé pour les femmes de 20-24 ans, moins de 50 % d'entre elles ayant vécu l'événement avant l'enquête.			

Un recul de l'âge au premier mariage est cependant amorcé. L'âge médian au premier mariage, enregistré auprès des femmes âgées de 20-24 ans au moment des enquêtes, a augmenté régulièrement, passant de 15,9 ans en 1987 à 16,7 ans en 2001. Cette évolution a principalement touché le milieu urbain, et tout particulièrement Bamako : le recul de l'âge médian au mariage entre 1987 et 2001 dépasse 2 ans sur l'ensemble du milieu urbain et 3 ans

à Bamako. En revanche en milieu rural, le changement est marginal (0,3 an). Alors que le calendrier d'entrée en union était en 1987 quasiment indépendant du milieu de résidence, les différences sont notables en 2001, l'âge médian au premier mariage des femmes rurales étant inférieur de près de 2,5 ans à celui des citadines et de plus de 3 ans à celui des Bamakoises.

Comme on pouvait s'y attendre les femmes ayant connu une scolarisation prolongée (secondaire et plus) se marient beaucoup plus tardivement que les autres et elles sont particulièrement concernées par le recul de l'entrée en union. En 1987 déjà, l'âge médian à leur premier mariage était proche de 22 ans, en 2001, il dépasse 23 ans. En revanche les femmes ayant atteint un niveau de scolarisation primaire se distinguent peu de celles qui n'ont pas été à l'école et leur âge au mariage n'a pas significativement évolué (la médiane étant de l'ordre de 16 ans en 1987 et de 16,5 ans en 2001).

Les différences dans l'âge au mariage correspondent à celles que l'on a enregistrées pour la fécondité. Comme dans bien d'autres populations, le recul de l'entrée en union est certainement un élément déterminant du début de la baisse de la fécondité au sein des minorités urbaines et scolarisées.

Tableau 3  
**Évolution de l'âge à la première naissance  
selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.**

Indicateurs calculés pour les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête.  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
Proportion (%) de femmes ayant eu leur premier enfant avant l'âge de :			
15 ans	11,6	6,4	9,6
18 ans	46,0	46,0	45,0
20 ans	66,9	69,8	67,3
Âge médian à la première naissance :			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	18,0	17,9	17,9
Milieu urbain	19,5	19,3	19,9
dont Bamako	19,7	19,7	22,1
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	18,2	17,9	18,0
Primaire	18,7	18,9	18,5
Secondaire et plus	24,0	21,5	(22,9)
<i>Ensemble du Mali</i>	18,4	18,3	18,4
Les âges médians entre parenthèses ont été calculés sur les femmes âgées de 25-29 ans au moment de l'enquête. L'indicateur n'a pu être déterminé pour les femmes de 20-24 ans, moins de 50 % d'entre elles ayant vécu l'événement avant l'enquête.			

Cependant, si les femmes débutent leur vie matrimoniale plus tard cela ne signifie pas qu'elles reportent également le début de leur vie sexuelle (tableau 4). Les trois enquêtes rendent compte d'une grande stabilité de l'âge médian aux premiers rapports sexuels, au

niveau national comme au niveau des sous-populations distinguées. En 2001 comme en 1987, la moitié des femmes maliennes ont débuté leur vie sexuelle avant l'âge de 16 ans et seule une minorité (de l'ordre de 10 %) n'est pas concernée avant l'âge de 20 ans. L'initiation sexuelle avant l'âge de 15 ans est apparemment en augmentation (22 % en 1987, 30 % en 2001). Les femmes ayant atteint un niveau d'instruction secondaire débutent leur vie sexuelle 2 ans plus tard que celles qui n'ont pas dépassé la scolarisation primaire ou n'ont pas été scolarisées (18 ans contre 16 ans). La différence entre les milieux urbain et rural est faible (de l'ordre de 0,5 ans). Bamako se distingue par un recul de l'entrée en sexualité des femmes, l'âge médian étant près d'1,5 ans plus élevé que celui du milieu rural en 2001 (contre 0,4 ans en 1987).

Tableau 4  
**Évolution de l'âge aux premiers rapports sexuels  
 selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.**

Indicateurs calculés pour les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête.  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
Proportion (%) de femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de :			
15 ans	21,8	24,8	30,1
18 ans	74,9	80,0	75,3
20 ans	86,2	91,4	87,5
Âge médian aux premiers rapports sexuels			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	16,0	15,7	15,7
Milieu urbain	16,5	16,5	16,6
dont Bamako	16,4	16,6	17,2
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	16,0	15,7	15,8
Primaire	16,2	16,3	15,8
Secondaire et plus	18,0	18,1	18,1
<i>Ensemble du Mali</i>	16,1	15,9	15,9

L'âge médian à la première naissance a, lui aussi, peu évolué (tableau 3). Il est resté stable au niveau national et au sein de la plupart des sous-populations distinguées. Seules les Bamakoises connaissent un recul récent de l'entrée en maternité (22,1 ans en 2001 contre 19,7 ans en 1987 et 1995). Cette situation ne s'observe pas, en revanche, chez les femmes les plus scolarisées dont l'âge à la première naissance semble au contraire avoir baissé. Les différences entre groupes sociaux concernant l'âge à la première maternité suivent le même schéma que celles portant sur l'entrée en sexualité et l'entrée en union : les citadines, et tout particulièrement les femmes vivant dans la capitale, deviennent mères plus tardivement que les femmes du milieu rural, l'instruction joue dans le même sens mais différencie surtout la minorité des femmes très instruites, la scolarisation primaire n'introduit qu'une différence minime par rapport à l'absence d'instruction.

Le recul de l'âge au premier mariage sans évolution comparable de l'âge aux premiers rapports sexuels rend compte d'une dissociation croissante entre les débuts de la vie sexuelle et de la vie conjugale des femmes. Quand les femmes entrent en union à un âge très jeune, la plupart d'entre elles débutent leur vie sexuelle au moment de leur mariage, l'âge à l'initiation sexuelle et l'âge au mariage sont proches. C'est ce qu'on observe en 1987 pour toutes les femmes (sauf les très instruites) et que l'on retrouve encore, sous une forme amoindrie, en 2001, pour les femmes du milieu rural et les femmes sans instruction. En revanche, dans les groupes où l'âge au mariage a sensiblement reculé, les femmes connaissent désormais une période de vie sexuelle préconjugale non négligeable, de l'ordre de 2 ans en milieu urbain et de plus de 5 ans pour les femmes de formation secondaire et supérieure en 2001.

### **Allaitement et espacement des naissances**

L'allaitement au sein est au Mali, comme dans la plupart des populations africaines, pratiquée sur la longue durée par la grande majorité des mères. Cette pratique traditionnelle a été reprise et valorisée par tous les programmes de santé qui en soulignent les bénéfices pour l'enfant comme pour la mère. Le lait maternel couvre en effet tous les besoins nutritionnels de l'enfant dans les premiers mois de vie, il transmet à l'enfant des anti-corps qui lui permettront de lutter contre les maladies et permet par ailleurs d'échapper aux risques de contamination plus difficiles à contrôler dans l'utilisation du biberon (qualité de l'eau, du lait, stérilisation). Les programmes de santé recommandent l'allaitement exclusif au sein des enfants jusqu'à l'âge de 6 mois puis la poursuite de l'allaitement avec des compléments alimentaires pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant. L'allaitement protège aussi les mères d'une nouvelle grossesse trop rapprochée : les hormones sécrétées par la lactation ont un effet inhibiteur qui retarde la reprise de l'ovulation. La durée de l'aménorrhée dépend de la durée mais aussi des modalités (fréquence, intensité) de l'allaitement. L'effet de l'allaitement sur la fécondabilité n'est pas uniforme pour toutes les femmes et on l'évalue en terme de moyenne ou de médiane à l'échelle agrégée.

L'allaitement reste de règle au Mali et sa durée aurait même eu tendance à augmenter au cours des quinze dernières années (tableau 5) avec une valeur médiane passant de 18,3 mois en 1987 à 22,6 mois (pour les enfants survivants vivant avec leur mère). Cet allongement de la durée d'allaitement s'observe dans toutes les catégories de population. Il est particulièrement marqué pour les femmes avec un niveau d'instruction élevé qui, en 1987, allaitaient beaucoup moins longtemps leur enfant (13 mois contre 18 ou 19 mois pour les femmes moins instruites). En 2001, les durées d'allaitement sont très homogènes entre les différentes catégories de population, avec des durées médianes situées entre 20 et 24 mois.

L'allaitement exclusif (ou complété seulement par de l'eau) est plus court, de l'ordre de 8 à 9 mois dans la moitié des cas. Les résultats des enquêtes ne permettent pas de dégager de tendance claire, il est vraisemblable que les fluctuations observées traduisent davantage des différences dans les modes de déclaration ou de collecte que des variations réelles. La pratique de cet allaitement intensif distingue plus fortement les catégories sociales que la durée totale de l'allaitement : elle est de bien plus courte durée chez les minorités urbaines (6 mois à Bamako contre plus de 9 mois en milieu rural, en 2001) ou avec une scolarisation secondaire (4 mois contre 9 mois pour les femmes sans instruction ou avec une scolarisation primaire, en 2001).

Tableau 5  
**Évolution des durées médianes (en mois) d'allaitement**  
 Indicateurs calculés sur les enfants derniers-nés, nés au cours des 3 années  
 précédant l'enquête et vivant avec leur mère.  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<b>Durée médiane d'allaitement, tous types (en mois)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	17,9	22,2	23,3
Milieu urbain	18,9	20,6	20,8
dont Bamako	19,6	20,3	20,1
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	18,2	21,9	22,8
Primaire	19,3	21,3	22,0
Secondaire et plus	13,0	18,7	20,8
<i>Ensemble du Mali</i>	18,3	21,6	22,6
<b>Durée médiane (en mois) d'alimentation prédominante au sein (allaitement exclusif ou allaitement et eau)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	8,2	7,2	9,2
Milieu urbain	8,6	5,4	7,2
dont Bamako	8,0	4,2	6,0
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	8,2	6,9	8,9
Primaire	8,8	6,7	8,9
Secondaire et plus	0,4	3,5	3,9
<i>Ensemble du Mali</i>	8,3	6,8	8,7

Ces écarts entre groupes sociaux se retrouvent au niveau de la durée d'aménorrhée post-partum (mesurée dans les enquêtes par le non-retour des règles), inférieure à 8 mois dans la moitié des cas à Bamako et à 4,4 mois chez les femmes très instruites alors que cette durée médiane est de l'ordre de 12 mois en milieu rural et chez les femmes peu ou pas scolarisées (tableau 6).

En comparaison de l'aménorrhée, l'abstinence sexuelle post-partum contribue très peu au « temps mort » durant lequel les femmes ne sont pas exposées à une nouvelle conception (tableau 6). D'après l'enquête de 1987, la moitié des femmes avaient repris une activité sexuelle avant que leur enfant n'ait 3 mois et cette durée médiane a encore diminué depuis, principalement en milieu rural et chez les femmes non instruites, pour s'établir en 2001 autour de 2,4 mois dans toutes les catégories de population. La période de non exposition au risque de concevoir (qui se prolonge jusqu'au moment où la femme a repris une activité

sexuelle et est sortie d'aménorrhée) est d'une durée médiane de l'ordre de 13 mois en 2001, proche de la durée d'aménorrhée (de l'ordre de 12 mois en 2001).

Tableau 6  
**Évolution des durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et de non-exposition post-partum au risque de conception.**

Indicateurs calculés à partir de la situation, au moment de l'enquête, des femmes ayant eu une naissance au cours des 3 années précédant l'enquête  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<b>Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	13,6	14,4	12,4
Milieu urbain	10,0	11,0	9,4
dont Bamako	9,4	10,1	8,0
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	13,3	14,1	12,0
Primaire	12,3	13,0	11,9
Secondaire et plus	2,5	10,5	4,4
<i>Ensemble du Mali</i>	13,1	13,6	11,7
<b>Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	3,3	2,7	2,4
Milieu urbain	2,4	3,3	2,3
dont Bamako	2,3	3,9	2,4
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	3,1	2,7	2,4
Primaire	2,9	3,3	2,5
Secondaire et plus	2,5	3,4	2,3
<i>Ensemble du Mali</i>	3,0	2,8	2,4
<b>Durée médiane de non-exposition au risque de concevoir (en mois)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	14,1	15,1	13,5
Milieu urbain	11,6	12,2	10,7
dont Bamako	11,2	12,2	9,2
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	13,6	14,8	13,1
Primaire	14,2	13,9	12,7
Secondaire et plus	2,5	11,1	9,0
<i>Ensemble du Mali</i>	13,6	14,4	12,8

Si l'on tient compte de ce temps de non-exposition post-partum, de la durée de gestation de la grossesse suivante, et du temps lié aux aléas de la conception (qui est notamment fonction de l'âge de l'homme et de la femme) et de l'aboutissement de la grossesse (mortalité intra-utérine, mortinatalité), on identifie les mécanismes qui assurent un espacement important entre les naissances dans le régime de fécondité ancien, sans qu'une intervention délibérée des individus pour limiter la fécondité soit nécessaire.

Au Mali, l'intervalle médian entre les naissances est de l'ordre de 32 mois (tableau 7) et, comme on pouvait s'y attendre en l'absence de modification significative des facteurs en jeu, cet intervalle a peu évolué au niveau national. Il a cependant tendance à s'allonger en milieu urbain et, surtout, chez les femmes les plus instruites ce qui, en l'absence d'évolution comparable de la durée d'aménorrhée, laisse à penser qu'une pratique contraceptive est en jeu.

Tableau 7

**Évolution des durées médianes (en mois) des intervalles inter-génésiques.**

Intervalle entre les naissances des 5 années précédant l'enquête et les naissances précédentes  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	32,2	30,0	32,0
Milieu urbain	30,5	31,2	33,7
dont Bamako	31,3	31,8	34,5
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	32,0	30,1	32,2
Primaire	30,6	30,9	32,1
Secondaire et plus	27,0	32,1	38,2
<i>Ensemble du Mali</i>	31,7	30,3	32,3

L'évolution des conditions traditionnelles de l'espacement des naissances, en premier lieu l'allaitement, est un facteur dont il faut tenir compte dans les perspectives de la fécondité au Mali. Même si l'allaitement de longue durée reste de mise, il est probable que la durée de l'allaitement exclusif (actuellement supérieure à 8,7 mois dans la moitié des cas) est amenée à diminuer conformément aux recommandations sanitaires internationales qui préconisent l'introduction d'une supplémentation alimentaire dès que l'enfant a 6 mois. Une telle évolution conduirait à un raccourcissement de la durée d'aménorrhée post-partum et donc à une diminution de l'intervalle entre les naissances, en l'absence de recours alternatif à une contraception d'espacement. L'affaiblissement des modalités traditionnelles d'allaitement pourrait ainsi être un frein à la baisse de la fécondité, sinon un facteur d'augmentation, s'il ne s'accompagne pas d'un essor concomitant de la pratique contraceptive.

## **LA CONTRACEPTION MODERNE : CONNAISSANCE, PRATIQUE ET ATTENTES**

La transition de la fécondité s'est réalisée en Europe à partir du XIX<sup>e</sup> siècle alors que les méthodes de contraception modernes étaient inexistantes. L'essentiel de la baisse de la fécondité s'est appuyé sur des méthodes de « self-control » (abstinence et retrait principalement) mises en œuvre par des couples déterminés à limiter la taille de leur famille. En revanche quand la baisse de la fécondité s'est diffusée dans les pays en développement à partir des années soixante, elle s'est partout opérée en recourant aux méthodes, bien plus fiables, de la contraception moderne (stérilet, pilule, stérilisation...).

L'information sur ces méthodes a commencé à se diffuser au Mali, d'abord timidement dans les années quatre-vingt, puis de manière plus affirmée après l'adoption par le Mali en 1991 d'une politique officielle en matière de population.

Cette diffusion progressive de l'information apparaît bien au travers des trois enquêtes EDS (tableau 8). En 1987, moins de 30 % des femmes maliennes déclaraient connaître une méthode de contraception moderne. Ce n'est qu'en milieu urbain (connaissance déclarée par 56 % des femmes en union), principalement à Bamako (74 %), et parmi les femmes scolarisées (60 % des femmes ayant atteint le niveau primaire, 100 % pour le niveau secondaire), qu'une majorité de femmes déclaraient avoir entendu parler d'une méthode de contraception. En revanche, c'était le cas d'à peine une femme sur cinq en milieu rural et d'une sur quatre parmi les femmes non scolarisées. Entre 1987 et 2001, la proportion de femmes informées a plus que triplé dans ces deux groupes tout en continuant d'augmenter parmi les citadines et les femmes scolarisées. Aujourd'hui plus de trois quarts des femmes se déclarent informées et la connaissance de la contraception moderne est beaucoup mieux partagée qu'il y a 15 ans par les femmes des différentes catégories sociales, elle est quasi-généralisée (supérieure à 90 %) chez les citadines et les femmes scolarisées et supérieure à 70 % en milieu rural et chez les femmes sans instruction.

La pratique de la contraception moderne par les femmes en union reste cependant modeste, même si elle a augmenté : au moment de l'enquête de 2001, 7 % seulement des femmes mariées utilisaient une méthode de contraception moderne (1 % en 1987) et 20 % déclaraient en avoir utilisé une au cours de leur vie (3 % en 1987). La pratique concerne principalement les femmes vivant en ville (15 %), en particulier à Bamako (20 %), et les femmes scolarisées (26 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et 11 % de celles ayant eu une scolarisation primaire), alors qu'elle reste marginale (de l'ordre de 5 %) pour les femmes du milieu rural et les femmes sans instruction, largement majoritaires dans le pays. Les différences entre catégories sociales se sont ainsi accrues.

Différents indicateurs suggèrent cependant que la pratique contraceptive est amenée à se développer : parmi les femmes en union ne pratiquant pas la contraception, près de 4 sur 10 déclarent leur intention de l'utiliser dans le futur et l'on peut penser que ces intentions ont d'autant plus de chances d'être réalisées que l'information se répand au sein de la population et que le coût social d'une démarche en rupture avec les normes en vigueur s'amointrira quand la contraception aura acquis une visibilité et, par-là même, une certaine légitimité au sein de la population.



Tableau 8  
**Évolution de la connaissance et de la pratique de la contraception moderne.**  
 Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Indicateurs	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<b>Femmes en union qui connaissent au moins une méthode de contraception moderne (%)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	19,1	56,5	71,8
Milieu urbain	56,7	87,0	89,6
dont Bamako	74,3	96,9	95,0
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	23,0	60,6	72,8
Primaire	60,5	82,6	91,8
Secondaire et plus	100	98,6	99,7
<i>Ensemble du Mali</i>	28,6	64,6	76,2
<b>Femmes en union qui utilisent une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête (%)</b>			
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	0,1	1,9	4,3
Milieu urbain	4,9	11,6	15,3
dont Bamako	6,1	16,4	20,0
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	0,4	2,3	5,2
Primaire	5,5	11,2	11,7
Secondaire et plus	20,3	30,1	26,1
<i>Ensemble du Mali</i>	1,3	4,5	7,0
<b>Femmes âgées de 15-19 ans utilisant une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête, selon la situation matrimoniale (%)</b>			
Mariées	1,4	2,4	4,0
Non mariées, ayant une activité sexuelle	11,9	15,7	16,8
<b>Femmes en union ayant déjà utilisé la contraception moderne (%)</b>			
Ensemble du Mali	3,2	12,4	20,1
<b>Femmes ayant l'intention d'utiliser la contraception dans le futur, parmi les femmes mariées qui ne l'utilisent pas au moment de l'enquête (%)</b>			
Ensemble du Mali	12,9	38,2	37,3

Enfin la pratique de la contraception moderne concerne d'ores et déjà une part non négligeable (17 %) des jeunes femmes non mariées ayant une activité sexuelle (tableau 8). Elle est ainsi, conjointement au recul de l'âge au premier mariage, l'un des facteurs de la baisse de la fécondité aux jeunes âges, mais aussi le signe d'un début d'appropriation de la contraception par les jeunes générations dont on peut penser qu'elles feront usage également au cours de leur vie conjugale.

## CONCLUSION

Le maintien à un niveau élevé de la fécondité malienne traduit avant tout l'adhésion des populations au modèle de la famille nombreuse. Les déclarations des femmes sur le nombre idéal d'enfants en sont une illustration : même si une tendance à la baisse se dessine, la valeur médiane en 2001 reste supérieure à 6 enfants, proche de 7 en milieu rural et toujours supérieure à 4 dans les minorités très instruites ou résidant à Bamako (tableau 9).

Tableau 9  
**Nombre idéal d'enfants. Valeur médiane.**  
Enquêtes démographiques et de santé (1987, 1995/96 et 2001)

Caractéristiques socio-démographiques	Date de l'enquête		
	1987	1995-96	2001
<i>Milieu de résidence</i>			
Rural	7,3	7,1	6,8
Milieu urbain	5,7	5,6	5,2
dont Bamako	5,1	5,1	4,8
<i>Niveau d'instruction</i>			
Aucun	7,2	6,9	6,6
Primaire	5,9	5,7	5,8
Secondaire et plus	4,0	4,5	4,4
<i>Ensemble du Mali</i>	6,9	6,6	6,2
La médiane est calculée à partir des déclarations sous forme numérique. Les réponses non-numériques (« ne sait pas », « cela dépend de Dieu »,...) représentent 25 % des réponses en 1987 et 2001, 11 % en 1995-96.			

Ce serait cependant se méprendre que de penser que rien ne bouge. Dans les milieux où les femmes trouvent des modes de valorisation personnelle hors de la maternité et du mariage, principalement à Bamako et dans les catégories les plus instruites, la fécondité a commencé à baisser. Le changement se produit principalement au début de la vie adulte : les femmes se marient plus tard et, sans pour autant reporter les débuts de leur vie sexuelle, commencent à utiliser la contraception moderne pour contrôler leur fécondité. La contraception moderne commence également à se diffuser dans le cadre du mariage au sein des populations urbaines et scolarisées, sans toutefois se traduire par une diminution de la fécondité après l'âge de 25 ans. Il est probable qu'elle serve principalement l'objectif d'espacement des naissances et compense en quelque sorte l'efficacité amoindrie des mécanismes traditionnels (allaitement et, dans une moindre mesure, abstinence sexuelle post-partum).

L'évolution de la fécondité au Mali est, bien sûr, étroitement liée à celle des populations rurales et peu ou pas scolarisées, qui en constitue l'écrasante majorité. On n'observe, dans ces populations, aucune évolution significative de la fécondité et des comportements qui y sont liés : les femmes s'y marient toujours à un âge jeune, la contraception y reste très marginale et l'allaitement prolongé reste le principal facteur de régulation du niveau de fécondité. Des changements s'observent cependant dans la connaissance des méthodes contraceptives modernes et dans les attentes exprimées par les

femmes. Le nombre idéal d'enfants, certes toujours élevé, tend à diminuer et une proportion croissante de femmes déclare son intention d'utiliser la contraception dans le futur. Il appartient aux services publics d'offrir à ces femmes des structures d'accueil et de soins de qualité pour qu'elles puissent disposer, quand elles en auront décidé, de l'écoute et des moyens adéquats pour répondre à leurs attentes.

### ***BIBLIOGRAPHIE***

- BALLO Mamadou Basséry *et al.*, 2002. – *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- BARRERE Bernard Michka SEROUSSI, 1996. – Allaitement et état nutritionnel, *in* : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p. 143-159. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- COULIBALY Ishaga et Boureima SINGARE, 2002. – Fécondité, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 43-55. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- COULIBALY Salif *et al.*, 1996. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p.
- COULIBALY Salif et Ousmane SIDIBE, 1996. – Planification familiale, *in* : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p.61-85. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- DIARRA Modibo *et al.*, 2002. – Nutrition et état nutritionnel, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 137-164. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- SEROUSSI Michka, 1996. – Nuptialité et exposition au risque de grossesse, *in* : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p. 87-101. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- TRAORE Baba *et al.*, 1989. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1987*. – CERPOD ; Bamako, Institute for Resource Development, Columbia, 187 p.
- TRAORE Seydou Moussa, 1996. – Préférences en matière de fécondité, *in* : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p.103-117. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- TRAORE Seydou Moussa et Souleymane BA, 1996. – Fécondité, *in* : *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*, p.41-59. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 376 p
- TRAORE Seydou Moussa et Mamadou Basséry BALLO, 2002. – Planification familiale, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 57-81. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.

- TRAORE Seydou Moussa et Mamadou Basséry BALLO, 2002. – Nuptialité et exposition au risque de grossesse, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 83-94. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.
- TRAORE Seydou Moussa et Mamadou Basséry BALLO, 2002. – Préférences en matière de fécondité, *in* : Mamadou Basséry BALLO *et al.*, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, p. 95-106. – DNSI, Bamako, Macro International, Calverton, 450 p.



## ***QUATRIEME PARTIE***

# ***DYNAMIQUES MIGRATOIRES***



## **Chapitre 8**

# **LES NOUVELLES TENDANCES MIGRATOIRES EN AFRIQUE DE L'OUEST**

*Sadio Traoré*

*Centre d'études et de recherche sur la population et le développement,*

*Institut du Sahel*

*(CERPOD-INSAH, Bamako, Mali)*



L'Afrique de l'Ouest, et particulièrement la région sahélienne, est le théâtre d'une dynamique migratoire importante, résultant d'une longue histoire migratoire de populations à la recherche de conditions de vie meilleures. Pourtant, cette composante de la dynamique des populations est longtemps restée méconnue, en comparaison de la dynamique naturelle (mortalité et fécondité) qui a mobilisé l'essentiel des recherches démographiques sur l'Afrique sub-saharienne<sup>1</sup>.

Avant 1993, les seules sources de données disponibles sur les migrations internationales en Afrique de l'Ouest étaient constituées par les recensements généraux de population. Mais ces sources mesurent le phénomène de façon indirecte, en comparant le lieu de résidence au lieu de naissance des enquêtés ; elles ne permettent pas de comptabiliser les migrations d'une période précise.

Les enquêtes du Réseau migrations et urbanisation en Afrique de l'Ouest (REMUAO) ont été les premières opérations destinées à mesurer les migrations directement auprès des ménages. A l'aide de ces enquêtes, les flux migratoires intervenus au cours des années 1988-92 ont été enregistrés auprès de la population âgée de 15 ans et plus dans sept pays : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Sénégal.

Ces enquêtes ont montré une relative conformité des mouvements migratoires des années 1988-92 aux schémas anciens, en particulier le fait que le Burkina Faso demeure le principal pays d'émigration et la Côte d'Ivoire le principal pays d'immigration de la sous-région. Toutefois, l'hypothèse du maintien des courants migratoires en faveur de la Côte d'Ivoire et des pays côtiers en général ne semble pas se vérifier. Les courants migratoires internationaux ont été très sensibles à la conjoncture économique défavorable des années quatre-vingt qui a occasionné des retours au Burkina Faso et au Mali. Les échanges internationaux, dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, ont ainsi été plus équilibrés que ceux des années soixante et soixante-dix.

La migration reste une composante essentielle de la croissance urbaine mais l'exode rural n'est plus un mouvement asymétrique des ruraux au bénéfice du milieu urbain national, il s'inscrit dans un mouvement plus large où les pays voisins ont une importance prépondérante. Si la croissance migratoire des capitales demeure positive (entre +0,5 % et 3,1 %), elle est due essentiellement à la migration féminine de plus en plus importante.

Ce chapitre présente les principales caractéristiques du phénomène migratoire des pays d'Afrique occidentale dans les années 1988-92, enregistrées par les enquêtes REMUAO. Une première partie fournit un rappel historique sur l'évolution des systèmes migratoires ouest-africains, avant d'aborder (deuxième partie) la question de la contribution de la migration à l'urbanisation et au développement économique des pays. Les conditions et déterminants individuels des migrations récentes sont ensuite abordés, d'une part en s'intéressant au contexte du départ (troisième partie), d'autre part à celui de l'installation en ville (quatrième partie).

---

Ce chapitre reprend des éléments de publications antérieures, en particulier Traoré (2001) ; Traoré et Bocquier (1998, 2000).

<sup>1</sup> Cette orientation de la recherche démographique s'inscrit dans un contexte international marqué par un engouement pour l'applicabilité du modèle de la transition démographique aux États africains.

## L'EVOLUTION DES SYSTEMES MIGRATOIRES OUEST-AFRICAINS

Les systèmes migratoires en Afrique de l'Ouest se caractérisent par un système ancien, un système colonial et un système post-colonial.

Dans *le système migratoire ancien de la période précoloniale*, la mobilité faisait partie du genre de vie des populations ouest-africaines. Dans les régions septentrionales, le nomadisme et la transhumance consistaient en une mobilité des personnes et des troupeaux à la recherche d'eau et des pâturages (Bonte, 1975 ; Toupet, 1975). L'économie marchande s'est développée dans le Sahel et a progressé vers la savane en s'appuyant sur divers mouvements de population à la suite desquels des couches marchandes se sont installées, complexifiant du même coup les sociétés en place (Meillassoux, 1986 ; Bathily, 1989). Dans les régions du Sud, les systèmes de production étaient dominés par l'agriculture itinérante, caractérisée par des changements fréquents de terres de culture dus à la pratique de la jachère, entraînant parfois des changements de résidence (Coquery-Vidrovitch, 1988).

L'histoire du peuplement est étroitement liée à ces mouvements. Derrière les campagnes guerrières se profilaient plus souvent qu'on ne le pense, des objectifs plus ou moins évidents de conquête de nouvelles terres de culture ou de pâturage. Les guerres tribales relevaient souvent de la compétition pour le contrôle de l'espace et des ressources naturelles ; le dépeuplement progressif du Sahara et la descente vers le sud des populations sahéliennes se situent dans le contexte général de ces migrations agricoles et pastorales. À ces migrations s'ajoutent, entre le X<sup>e</sup> et le XVI<sup>e</sup> siècles, des mouvements liés au commerce transsaharien et à l'esclavagisme.

Avec le *système migratoire colonial* sont apparues les migrations de travail, le plus souvent forcées, avec l'institution de l'impôt de capitation. Les migrations forcées ont surtout affecté les colonies françaises de l'intérieur (Burkina Faso, Mali, Niger et Tchad) dans le but d'alimenter en main-d'œuvre les pays de la Côte (Côte d'Ivoire, Sénégal, Cameroun).

Le développement des migrations volontaires est le résultat d'un processus qui remonte à l'annexion du continent (traité de Vienne de 1815) et l'abolition de l'esclavage. Ces deux événements constituent les phases importantes de l'intégration du continent africain au marché économique mondial. De fournisseurs de main-d'œuvre pour les entreprises sucrières du Nouveau Monde, les pays africains assumeront le rôle de fournisseurs de matières premières aux industries européennes naissantes. Il s'installe ainsi une logique d'exploitation associée à une stratégie de démantèlement des structures politiques et économiques locales. Parmi les principaux facteurs ayant contribué aux bouleversements économiques figurent les mutations au niveau des transports et la monétarisation de l'économie ainsi que leur corollaire, la production des biens d'exportation.

Ces facteurs de changements vont imprimer une nouvelle orientation aux migrations. Les disparités régionales, souvent renforcées par les politiques différentielles d'investissement, ont entraîné des modifications dans la nature et la direction des flux migratoires. Les régions côtières plus favorisées sur le plan climatique par l'existence d'une longue saison agricole et plus accessibles aux marchés européens, concentrent les principales cultures d'exportation (café, cacao, etc.) et deviennent des zones d'immigration alors que les régions intérieures plus défavorisées et à production vivrière aléatoire sont des zones d'émigration.

S'agissant du *système migratoire post-colonial*, deux périodes peuvent être distinguées : une période marquée par l'adhésion au modèle de développement dépendant, suivie depuis les années soixante-dix, par la période de crise structurelle toujours d'actualité.

Au début des Indépendances, les économies nationales étaient fortement liées à celles des anciennes puissances coloniales, lesquelles assuraient le fonctionnement de l'administration et les investissements (Giri, 1986). Les industries étaient faiblement développées à l'opposé des cultures d'exportation qui étaient en forte expansion. Le développement était perçu en terme de croissance économique, avec l'objectif premier d'augmenter les revenus monétaires. Aussi, les dirigeants africains ont-ils optés pour une stratégie de développement axée sur l'industrialisation, option qui s'est traduite dans les faits par le soutien à l'agriculture de rente et l'investissement dans les industries minières extractives.

La période de crise commence à partir des années soixante-dix quand le modèle dépendant des économies africaines atteint ses limites. Le secteur primaire prend de l'ampleur tandis que l'industrie stagne. La crise pétrolière de 1973 et la sécheresse qui touche de nombreux pays africains aggravent la situation économique. De conjoncturelle, la crise devient structurelle sous l'effet de causes multiples allant de l'instabilité politique aux calamités naturelles en passant par les conflits par grandes puissances interposées. Les causes endogènes ne sont pas en reste. Les classes dirigeantes, cédant aux intérêts de leur clientèle urbaine, ne parviennent pas à créer les conditions favorables à l'expansion du secteur agricole. Le secteur de l'agriculture et celui de l'élevage, qui regroupent les principales activités des populations rurales, s'engagent dans une crise profonde.

Les facteurs répulsifs en milieu rural augmentent. Les villes, anciennes capitales coloniales centralisant les grandes sociétés étrangères, sont confirmées dans leur rôle par l'action des autorités nationales. Elles absorbent l'essentiel des investissements publics créant ainsi le biais « urbain » du développement. Avec le développement des relations salariales, les villes deviennent l'attrait pour les jeunes ruraux en quête de nouvelles aspirations. Paradoxalement elles ne sont pas préparées à l'ampleur des mouvements internes. Il s'en suit des problèmes sectoriels divers (habitat, transport, emploi, etc.), face auxquels les réponses furent le plus souvent spontanées et expéditives.

Ces facteurs historiques ont façonné des schémas migratoires caractérisés, au niveau international, par la prédominance de la migration masculine et une orientation des régions intérieures vers les pays côtiers et, sur le plan des migrations internes, par la prédominance du flux rural-urbain avec une tendance nette à la macrocéphalie.

Les facteurs politiques récents vont probablement conduire à une remise en question de ces schémas migratoires ouest-africains. La crise ivoirienne et ses conséquences auront vraisemblablement des effets à plus ou moins long terme sur l'orientation des flux migratoires. Avec le développement de la xénophobie ou encore la délocalisation de certaines entreprises installées en Côte d'Ivoire, d'autres pays côtiers sont appelés à jouer un rôle important dans un proche avenir.

## LA MIGRATION COMME MOTEUR DE L'URBANISATION EN AFRIQUE DE L'OUEST

Deux approches dominent pour expliquer les interrelations complexes entre le processus de développement économique et les phénomènes de population : l'urbanisation comme conséquence ou au contraire comme moteur du développement économique. Il est communément admis que l'urbanisation en Afrique n'a pas été le fruit de transformations industrielles mais d'un processus historique associant différents facteurs, notamment l'essor de l'économie marchande et la pénétration de l'islam (Meillassoux, 1986; Lovejoy, 1980; Barry, 1988. Bathily, 1989). L'économie marchande s'est développée parallèlement à l'édification des empires tandis que l'islam, dans sa conquête vers la savane et la forêt, a permis la dispersion de commerçants musulmans et a contribué par-là même à la constitution de réseaux commerciaux, à la complexification du tissu social et à la diversification des sociétés.

Dans sa forme contemporaine, l'urbanisation est allée de pair avec le développement des migrations et s'est traduite par un fossé de plus en plus important entre les conditions de vie des milieux urbain et rural, notamment au niveau des valeurs et de l'éducation. Au plan politique, on l'a évoqué plus haut, les élites urbaines au pouvoir n'ont pas été capables, en dépit de leur origine rurale, d'engager véritablement le développement des milieux ruraux.

Conjointement aux migrations, l'accroissement naturel, très élevé en Afrique, contribue au processus d'urbanisation. La part des migrations et celle de la croissance naturelle dans la croissance urbaine totale sont difficiles à déterminer faute de données adéquates. Cependant la plupart des études convergent pour reconnaître la contribution prédominante de la croissance naturelle à l'essor de la population urbaine, celle-ci étant estimée, selon les auteurs, entre 50 % et 60 %<sup>2</sup>.

Selon les enquêtes REMUAO, la croissance urbaine en Afrique de l'Ouest a connu son apogée dans les années cinquante et soixante (à plus de 8 % par an) et a fortement diminué ensuite pour se situer à moins de 5 % au cours des années quatre-vingt-dix. Ce ralentissement peut se révéler inquiétant sachant que l'urbanisation est un corollaire de la croissance économique et que la dynamique urbaine est en soit porteuse de changements socio-économiques.

Les résultats des enquêtes REMUAO invitent également à relativiser le rôle joué par les capitales nationales dans la canalisation des mouvements migratoires internes. En effet, même si elles restent généralement les plus grandes bénéficiaires des mouvements migratoires internes, les capitales ont, sur la période 1988-92, des soldes migratoires relativement proches de ceux des autres villes et du milieu rural (l'écart se situant entre +0,1 % et +1,9 %). Dans certains cas, la capitale bénéficie même d'un apport migratoire plus faible que certaines villes secondaires.

---

<sup>2</sup> Selon Zacharia et Condé (1980), jusqu'au tournant des années soixante-dix, la part de la croissance urbaine due aux migrations était d'environ 48%. Selon Arnaud (1996), « *la croissance naturelle est responsable de plus de deux tiers de l'accroissement de la population urbaine totale au cours de la période 1960-1990 en Afrique de l'Ouest et du Centre* ». Une étude de Chen, Valente *et al.* (1998) montre que jusqu'aux années quatre-vingt, la croissance urbaine des pays en développement (hors Chine) est due à près de 40 % à la croissance migratoire.

Autre fait notable mis en évidence par les données du REMUAO, les femmes occupent désormais une place déterminante dans la dynamique migratoire (46 % de l'ensemble des migrations ou 53 % des migrations internes). Leurs migrations contribuent plus que celles des hommes à l'urbanisation. Cette amplification de la mobilité féminine pourrait être associée à l'évolution des modèles migratoires masculins. En effet, quand la migration masculine était plutôt circulaire et de courte durée, la migration féminine, perçue comme une migration d'accompagnement, se justifiait moins. Les femmes obtenaient difficilement l'autorisation de migrer de la part des chefs de groupe (village, lignage, etc.). Actuellement, les migrations masculines sont devenues lointaines et donnent lieu à de longues périodes d'absence quand elles ne sont pas définitives, remettant par-là même en question les arguments justifiant le maintien au village des épouses des migrants. Les migrations féminines seraient ainsi l'expression des mutations à l'échelle des familles et des ménages. Elles peuvent traduire aussi une aspiration de plus en plus grande des femmes à l'autonomie, notamment par le travail.

## MOTIFS ET CONDITIONS DES MIGRATIONS

Dans ce qui suit nous analyserons les caractéristiques des migrations<sup>3</sup> de la période 1988-92 à partir des données des enquêtes REMUAO. Nous nous intéresserons aux seules migrations internes, du milieu rural vers le milieu urbain<sup>4</sup>.

### Des motifs de migration différents selon le sexe

Le tableau 1 présente le motif principal de migration déclaré par les migrants du flux rural-urbain. Les motifs s'avèrent bien tranchés entre les hommes et les femmes. La migration masculine a pour cause première le travail (48 %), suivie par les études (16 %) et les autres raisons familiales et sociales (11 %). La migration des femmes est, quant à elle, principalement motivée par les événements de la vie de couple (50 %), et dans une moindre mesure par le travail (14 %) et les autres raisons familiales et sociales (15 %).

Les motifs du départ en ville varient cependant avec l'âge des enquêtés. Les migrations de travail sont prépondérantes chez les hommes de 30-49 ans (60 %) et expliquent aussi près de la moitié des déplacements des jeunes hommes, bien avant les migrations pour les études (27 %). Les motifs du déplacement sont moins bien déclarés par les anciennes générations (70 % de causes « autres ou non précisées ») qui citent le travail une fois sur cinq.

---

<sup>3</sup> Les données traitées portent sur les migrations réalisées par les enquêtés âgés de 15 ans et plus au cours des cinq années précédant les enquêtes (1988-92). Seules les dernières migrations rural/urbain des enquêtés résidant en ville depuis au moins 6 mois sont analysées.

<sup>4</sup> Des raisons méthodologiques et un souci d'homogénéité expliquent la décision de ne présenter ici que les caractéristiques des migrations du milieu rural vers le milieu urbain : les migrations internationales sont difficiles à mesurer et moins bien connues, les migrations du milieu rural vers les villes représentent une part importante des flux migratoires internes et présentent des spécificités qui ne pourraient être mises en évidence si elles étaient regroupées avec les autres types de déplacements (rural/rural, urbain/urbain, urbain/rural). Les publications du réseau REMUAO fourniront au lecteur intéressé des analyses sur les autres aspects du phénomène migratoire (Traoré, 2001 ; Traoré et Bocquier, 1998, 2000).

Chez les femmes, le mariage constitue la principale cause de migration (plus de 50 %) aussi bien chez les plus jeunes que chez les générations intermédiaires. Les femmes plus âgées déclarent plus fréquemment (40 %) d'autres raisons d'ordre familial et social. Le travail et les études apparaissent également parmi les motifs de migrations cités par les femmes des jeunes générations, mais dans une proportion trois fois plus faible que chez les hommes.

Tableau 1  
**Motif principal de la migration selon le sexe et l'âge à l'enquête.**  
 Migrants du flux rural-urbain (dernière migration). Période 1988-92.  
 Enquêtes REMUAO. 7 pays.

Principal motif de la migration	Âge au moment de l'enquête			
	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et plus	Total
<b>Hommes</b>				
Mariage, veuvage, divorce	2	1	3	2
Travail	46	60	22	48
Études	27	2	0	16
Autres raisons familiales et sociales	11	12	5	11
Autres	14	25	70	23
Total	100	100	100	100
Effectifs	1061	633	205	1899
<b>Femmes</b>				
Mariage, veuvage, divorce	51	52	23	50
Travail	16	13	4	14
Études	8	1	1	6
Autres raisons familiales et sociales	13	14	40	15
Autres	12	20	32	15
Total	100	100	100	100
Effectifs	1447	303	140	1889

Le détail des analyses par pays (annexe 1) montre que la répartition des motifs de la migration relevée sur l'ensemble de la région se retrouve dans ses grandes lignes à l'échelle nationale dans la plupart des cas : la prédominance des migrations de travail chez les hommes de moins de 50 ans et celle des migrations liées à la vie matrimoniale et familiale chez les femmes apparaissent avec une grande régularité. On peut cependant distinguer, à la lecture du tableau sur les motifs des migrations masculines, d'un côté la Guinée, le Burkina Faso et, dans une moindre mesure, le Sénégal qui se caractérisent par une représentation nettement plus importante des migrations liées aux études chez les hommes des jeunes générations (55 % en Guinée, 38 % au Burkina Faso et 35 % au Sénégal contre 27 % sur l'ensemble des 7 pays), et de l'autre côté, la Côte d'Ivoire et la Mauritanie qui affichent une proportion particulièrement forte de migrations de travail chez les hommes de moins de 50

ans (89 % en Côte d'Ivoire et 77 % en Guinée chez les migrants âgés de 30-49 ans contre 60 % sur l'ensemble des pays). Du côté féminin, la Mauritanie et le Mali se distinguent par une participation plus importante des jeunes générations aux migrations de travail (47 % et 39 % des migrations contre 16 % pour l'ensemble des pays) tandis que la Guinée et le Sénégal affichent une proportion élevée de migrations liées à la vie matrimoniale (74 % et 61 % chez les femmes de 15-29 ans contre 51 % sur l'ensemble des pays). Mentionnons aussi la situation exceptionnelle du Burkina Faso du point de vue des migrations féminines liées aux études : alors que ce motif occupe une place marginale dans les autres pays, il est cité par un cinquième des femmes burkinabés âgées de 15-29 ans.

### Des décisions rarement isolées

Les hommes prennent souvent (59 % des cas) leur décision de migrer seuls alors que les femmes consultent fréquemment quelqu'un (78 % des cas) au moment de la prise de décision (tableau 2). La personne consultée est généralement un parent chez les hommes (7 fois sur 10), sinon une autre personne (3 fois sur 10), mais très exceptionnellement leur épouse. Les femmes consultent en revanche le plus souvent leur conjoint (près de 6 fois sur 10), sinon un apparenté (4 fois sur 10) mais rarement une autre personne. Les décisions prises seules augmentent avec l'âge pour les deux sexes, mais l'écart entre les sexes se maintient, la proportion de décisions individuelles étant toujours 2 à 3 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 2  
**Personne consultée lors de la prise de décision de migrer,  
 selon le sexe et l'âge au moment de l'enquête.**  
 Migrants du flux rural-urbain (dernière migration). Période 1988-92.  
 Enquêtes REMUAO. 7 pays.

Personne consultée	Âge au moment de l'enquête			Total
	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et plus	
<b>Hommes</b>				
Personne	50	66	80	59
Conjoint	2	2	0	2
Parent	44	7	9	27
Autres	4	25	11	12
Total	100	100	100	100
Effectifs	1062	642	217	1921
<b>Femmes</b>				
Personne	21	20	31	22
Conjoint	43	61	10	43
Parent	31	12	50	29
Autres	5	7	9	6
Total	100	100	100	100
Effectifs	1464	307	141	1912

Les résultats par pays (annexe 2) montrent un schéma relativement identique avec une autonomie de décision inégale entre les sexes, qui augmente avec l'âge. L'identité des personnes consultées évolue avec l'âge, avec une représentation majoritaire des apparentés chez les hommes des jeunes générations et des autres relations pour les générations intermédiaires. Les femmes des jeunes générations s'adressent quant à elles à leurs parents ou à leur conjoint, tandis que les générations intermédiaires s'adressent principalement à leur conjoint. La Guinée se distingue par une proportion plus faible de décisions autonomes, quels que soient le sexe et l'âge, et une association plus marquée qu'ailleurs des apparentés de la part des hommes, et du conjoint de la part des femmes. À l'opposé, les migrations individuelles sont plus fréquentes chez les hommes et les femmes des jeunes générations en Mauritanie et chez les hommes âgés de 30 ans et plus au Niger.

En rapprochant ces résultats de ceux qui précèdent sur le motif de migration, on peut retenir que les migrations des hommes qui sont essentiellement motivées par le travail ou accessoirement les études et autres raisons familiales relèvent souvent d'une décision individuelle. En revanche, les migrations des femmes, plus souvent motivées par des événements liés à la vie de couple, relèvent davantage d'une décision impliquant le conjoint ou les parents.

### **La décision de migrer associe fréquemment une personne résidant au lieu de destination**

Les migrants qui ont déclaré avoir consulté quelqu'un avant de migrer ont été interrogés sur le lieu de résidence actuel de leur interlocuteur. Les résultats (tableau 3) suggèrent que la décision de migrer ne se prend pas seulement dans le milieu d'origine mais associe bien souvent des interlocuteurs résidant au lieu de destination<sup>5</sup>. En effet, 4 hommes sur 10 et 6 femmes sur 10 ont déclaré que la personne consultée réside dans la même ville qu'eux. La proportion de femmes résidant au même lieu que la personne consultée augmente avec l'âge des enquêtées et est largement majoritaire (92 %) chez les générations les plus âgées. En revanche, le lien entre le lieu de résidence de l'enquêté et celui de la personne consultée est beaucoup plus lâche chez les hommes âgés de 30 ans et plus : dans 40 % à 50 % des cas, l'interlocuteur sollicité lors de la décision migratoire ne réside ni au lieu de résidence actuelle de l'enquêté ni à son lieu d'origine.

Les contrastes entre pays sont assez marqués (annexe 3), ce qui laisse à penser que l'organisation et le contrôle des migrations, par l'intermédiaire des réseaux relationnels mobilisés, renvoient à des modèles différents selon les populations. Le Mali se distingue ainsi, pour les deux sexes, par un encadrement nettement plus important de la décision migratoire sur le lieu du départ, à la différence de la Côte d'Ivoire, du Niger ou, dans une moindre mesure de la Guinée, où les personnes consultées lors de la décision migratoire résident majoritairement au lieu de destination migratoire.

---

<sup>5</sup> Précisons cependant que les données collectées ne permettent pas de distinguer les interlocuteurs qui résidaient au lieu de la migration avant l'arrivée de l'enquêté de ceux qui s'y sont installés ultérieurement, avec ou après l'intéressé.



Tableau 3

**Lieu de résidence de la personne consultée lors de la prise de décision de migrer.**  
Migrants du flux rural-urbain (dernière migration) ayant consulté quelqu'un lors de la prise de décision. Période 1988-92. Enquêtes REMUAO. 7 pays.

Lieu de résidence de la personne consultée	Âge au moment de l'enquête			
	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et plus	Total
<b>Hommes</b>				
Résidence précédente	46	31	19	40
Résidence actuelle	46	26	31	40
Autres	8	43	51	20
Total	100	100	100	100
Effectifs	609	251	41	901
<b>Femmes</b>				
Résidence précédente	41	24	7	36
Résidence actuelle	51	70	92	57
Autres	8	6	1	7
Total	100	100	100	100
Effectifs	1178	250	99	1527

### **Le soutien familial dans le financement de la migration**

Les différences relevées dans les modalités de la décision migratoire des hommes et des femmes rendent compte non seulement d'une moindre autonomie décisionnelle des femmes mais aussi d'un contrôle plus important de leurs déplacements par des personnes résidant sur le lieu de la migration. Ces caractéristiques suggèrent que la mobilité féminine reste encore, pour une part non négligeable, marquée par les migrations d'accompagnement, conduisant les femmes à rejoindre leurs époux installés en ville.

Ce contrôle familial et social des migrations féminines se constate également quand on s'intéresse aux sources de financement de la migration (tableau 4). En effet, alors que les hommes financent le plus souvent eux-mêmes leur déplacement (8 à 9 fois sur 10 pour les générations âgées de 30 ans et plus), la grande majorité des femmes (8 sur 10) s'appuient, quelles que soient les générations, sur une source de financement extérieure. Les conjoints viennent en première position, suivis par les apparentés (qui interviennent principalement pour le financement des migrations des femmes de 50 ans et plus, dans une moindre mesure, celles des jeunes femmes). Chez les hommes, l'aide financière n'intervient significativement que pour les jeunes générations et elle est alors principalement assurée par les parents.

Les modalités du financement des migrations masculines sont assez homogènes dans les différents pays étudiés (annexe 4), à l'exception du Sénégal où l'appui extérieur (familial ou autre) est de règle. En revanche la prise en charge des migrations féminines varie d'un pays à l'autre. En Mauritanie, au Mali et en Côte d'Ivoire, les femmes sont plus nombreuses qu'ailleurs à assurer elles-mêmes le coût de leur migration. À l'inverse, les migrations des femmes guinéennes et celles des jeunes femmes nigériennes, sont principalement prises en

charge par leurs conjoints, un résultat cohérent avec la forte implication des hommes dans la décision migratoire observée dans ces pays.

Tableau 4  
**Source de financement de la migration, selon le sexe et l'âge.**  
 Migrants du flux rural-urbain (dernière migration). Période 1988-92.  
 Enquêtes REMUAO. 7 pays.

Source de financement	Âge au moment de l'enquête			
	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et plus	Total
<b>Hommes</b>				
Personne	41	82	90	60
Conjoint	1	0	0	1
Parent	54	5	7	33
Autres	4	13	3	6
Total	100	100	100	100
Effectifs	1009	592	199	1801
<b>Femmes</b>				
Personne	19	25	19	20
Conjoint	44	62	10	44
Parent	34	7	63	32
Autres	3	6	8	4
Total	100	100	100	100
Effectifs	1437	285	130	1852

## L'INSTALLATION ET LES MODALITES D'INSERTION EN VILLE

Si le migrant s'appuie sur son réseau relationnel pour organiser et financer son déplacement, cette solidarité familiale et sociale intervient-elle également pour faciliter son insertion en ville ? Pour aborder cette question, nous nous intéresserons aux aides dont a bénéficié le migrant lors de son installation en ville.

### Le soutien du réseau familial lors de l'installation en ville

Il est admis que les migrants provenant des milieux ruraux, socialisés suivant des valeurs souvent différentes du milieu urbain, ne peuvent s'adapter à la nouvelle culture urbaine, aux nouvelles structures socio-économiques, aux différentes situations résultant des méthodes de travail, sans passer par un processus graduel de changement. L'arrivée des migrants en ville et leur installation constituent une étape importante de ce processus d'adaptation.

Le tableau 5 présente les réponses relatives à l'aide reçue par les migrants au moment de leur installation en ville. La plupart des migrants (87 % des femmes et 73 % des hommes) bénéficient d'un soutien lors de l'arrivée en ville. L'aide est quasi-généralisée (de l'ordre de 90 %) pour les jeunes des deux sexes mais elle évolue différemment avec l'âge pour les

hommes et les femmes. Elle diminue rapidement avec l'âge chez les hommes et ne concerne plus qu'un homme sur trois chez les générations âgées de 50 ans et plus. En revanche, l'octroi d'une aide reste de mise dans la plupart des cas pour les femmes, même âgées. Les femmes bénéficient principalement de l'aide de leur famille ou de leur conjoint. L'assistance provient de la famille dans la moitié des cas pour les hommes des jeunes générations mais est plus diversifiée pour les générations plus âgées.

Tableau 5  
**Répartition des migrants selon la provenance de l'aide reçue  
 lors de l'installation en ville**  
 Migrants du flux rural-urbain (dernière migration). Période 1988-92.  
 Enquêtes REMUAO. 7 pays.

Provenance de l'aide	Âge au moment de l'enquête			Total
	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et plus	
<b>Hommes</b>				
Aucune aide	12	37	68	27
Parents	54	24	14	39
Amis	18	15	7	16
Conjoint, autres	16	24	11	18
Total	100	100	100	100
Effectifs	1061	636	218	1915
<b>Femmes</b>				
Personne	9	29	19	13
Parents	40	25	56	39
Amis	13	6	9	11
Conjoint, autres	38	40	16	36
Total	100	100	100	100
Effectifs	1388	291	137	1816

Le soutien mobilisé en faveur des migrants varie selon le pays (résultats non présentés). Il est plus élevé en Guinée (94 % pour les hommes et pour les femmes), et plus rare au Niger et en Mauritanie (respectivement 49 % pour les hommes et 70 % pour les femmes). L'aide des parents est dominante en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, en Mauritanie et au Sénégal, quel que soit le sexe, tandis que celle des amis est plus importante en Guinée et au Niger.

Étant donné l'ampleur de l'aide et le nombre important de migrations à destination urbaine, on s'attendrait, si l'on tient compte des conditions de vie de plus en plus difficiles des familles en ville, que celle-ci prenne des formes et des durées variables. La durée de l'aide octroyée aux migrants s'avère en effet très inégale (tableau 6). Sur 10 migrants, 6 ont déclaré avoir bénéficié d'une aide de courte durée (mois d'un an) et 2 d'une aide dépassant l'année. La durée de l'aide est sensiblement identique pour les deux sexes et les différentes générations. Elle s'avère plus courte au Mali (inférieure à 6 mois dans 73 % des cas) et plus

longue au Burkina Faso, au Sénégal (supérieure à 6 mois dans la moitié des cas) et dans une moindre mesure (44 %) en Mauritanie.

Tableau 6  
**Répartition des migrants selon la durée de l'aide octroyée  
lors de l'installation en ville.**

Migrants du flux rural-urbain (dernière migration) ayant bénéficié d'une aide.  
Période 1988-92. Enquêtes REMUAO. 7 pays.

Durée de l'aide	Âge au moment de l'enquête			
	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et plus	Total
<b>Hommes</b>				
Moins de 6 mois	59	65	43	60
6 à 11 mois	8	15	24	12
12 mois et plus	33	20	33	28
Total	100	100	100	100
Effectifs	399	259	43	701
<b>Femmes</b>				
Moins de 6 mois	65	54	68	64
6 à 11 mois	14	6	6	13
12 mois et plus	21	40	26	23
Total	100	100	100	100
Effectifs	453	52	14	519

L'information sur le type d'aide n'a pu être analysée sur l'ensemble des sept pays étudiés mais les résultats disponibles pour la Côte d'Ivoire fournissent une indication sur la nature des aides octroyées aux migrants. L'aide au migrants y couvre trois principaux domaines : l'hébergement, l'alimentation et l'argent. Dans ce pays, 28 % des migrants ont bénéficié d'une assistance en matière de logement uniquement, 36 % en matière de logement et d'alimentation et 15 % en logement, alimentation et argent.

### **L'insertion sociale : plurilinguisme et réseaux associatifs**

Si le réseau familial s'avère un appui essentiel à la démarche du migrant, depuis le départ jusqu'à son accueil en ville, d'autres paramètres peuvent contribuer à son adaptation dans le nouvel environnement et rendre compte de son insertion sociale. Les enquêtes REMUAO ont ainsi interrogé les migrants sur la connaissance de la principale langue pratiquée dans la ville où ils se sont installés et sur leur participation à des associations locales.

L'insertion linguistique des migrants s'avère très largement réalisée : 80 % des enquêtés déclarent connaître la langue de leur milieu d'accueil. Les résultats sont sensiblement identiques dans les différents pays, à l'exception de la Côte d'Ivoire, où l'acquisition de la langue locale est moins répandue, probablement en raison de l'importance et de la diversité des origines des migrants, en particulier étrangers.

En revanche la participation associative s'avère relativement faible, elle concerne un quart seulement des migrants. Elle est plus élevée au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Niger (près du tiers des migrants) et plus faible au Mali et au Sénégal (à peine le cinquième), et surtout en Mauritanie (moins de 5 %). Les hommes déclarent adhérer aux associations plus fréquemment que les femmes (33 % contre 22 %) et ce dans presque tous les pays. Selon la littérature qui leur est consacrée, les associations locales ont joué un rôle important dans les années soixante et soixante-dix dans l'insertion socio-économique et l'apprentissage politique des immigrants en ville. Les données de l'enquête laissent à penser qu'elles jouent moins ce rôle aujourd'hui, ou alors pour une faible proportion des migrants seulement. Deux types d'hypothèses peuvent être envisagés pour expliquer cette faible intégration des migrants aux structures associatives. L'une porte sur l'existence et la légitimité sociale des associations, l'autre sur la motivation et le besoin éprouvé par les individus à y adhérer. La loi régissant la création et la reconnaissance des associations n'est pas toujours flexible et semble dépendre du climat politique. Avec le contexte, parfois difficile, des transitions démocratiques de la fin des années quatre-vingt et du début des années quatre-vingt-dix, les immigrants ont pu préférer rester à l'écart de ces regroupements qui ne sont pas toujours vus du bon œil par le politique. Mais il est possible aussi que la faible adhésion des migrants aux associations corresponde aussi à un désintérêt ou à un manque de conviction de leur part. Les déclarations des enquêtés vont dans ce sens : l'arrivée récente (24 %) et le manque d'intérêt (45 %), sont les principales raisons citées par les immigrants pour justifier leur non-appartenance associative. Il n'est pas exclu que la plupart des migrants trouvent désormais au sein de leur réseau personnel, notamment familial et amical, le soutien nécessaire à leur insertion et n'éprouvent plus la nécessité d'une adhésion à des structures formalisées, comme le sont les associations. Des études plus poussées seraient nécessaires pour confirmer, chiffres à l'appui, la baisse de participation des migrants aux structures associatives et en analyser les raisons, qui peuvent relever tout à la fois de « l'offre » (la présence et le dynamisme des associations), de « la demande » (les attentes des migrants) et de la capacité des associations à répondre aux attentes des migrants.

### **L'insertion économique**

L'insertion économique ou professionnelle peut être définie comme cette étape du processus général d'adaptation où le migrant, par l'emploi qu'il obtient et exerce, les revenus qu'il en tire, devient matériellement autonome et intègre pleinement la vie économique urbaine. Cet accès au marché du travail urbain suit un processus et dépend d'un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques.

Il a été demandé aux immigrants d'apprécier leur situation actuelle par rapport à la situation de leur résidence précédente. Les réponses ont été classées en quatre modalités : « meilleure », « la même », « pire » et « ne sait pas ». En postulant que l'objectif de la migration est l'amélioration de la situation du migrant, nous avons considéré que l'insertion socio-économique avait réussi quand la situation actuelle était déclarée « meilleure » et qu'elle avait échoué quand la situation actuelle était déclarée « pire » ou « la même ». Un modèle de régression logistique a été appliqué pour apprécier en quoi les immigrants ayant « réussi » leur insertion se distinguaient des autres (tableau 7). Ceux qui ne se sont pas prononcés ont été éliminés de l'analyse. Les variables indépendantes présentées dans le

modèle varient selon les pays : en cas de corrélation entre variables, la variable ayant le pouvoir d'explication le plus élevé a été retenue.

Tableau 7  
**Extrait des régressions logistiques sur l'appréciation, par les migrants, d'une amélioration de leur situation socio-économique.**  
 Rapport des risques (odds-ratio).

Variabes	Modalités	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Mauritanie	Niger	Sénégal
Sexe	Hommes	0,659	réf.	réf.	réf.	-	réf.	réf.
	Femmes	réf.	1,313	0,196	1,227	-	2,549	0,280
Âge à l'enquête	15-29 ans	réf.	réf.	-	réf.	réf.	réf.	réf.
	30-49 ans	4,171	1,351	-	0,343	0,146	0,667	2,026
	50 ans & +	-	3,362	-	-	6,319	1,175	0,669
Niveau d'instruction	Aucune	réf.	réf.	réf.	réf.	-	réf.	réf.
	Primaire	4,888	-	4,216	0,199	-	1,168	0,390
	Second. & +	0,348	-	0,067	0,260	-	0,674	ns
Situation matrim.	Célibataire	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
	Marié	-	-	ns	-	-	0,876	-
	Autre	-	-	-	-	-	0,622	-
Relation de parenté avec le chef de noyau familial	Chef de Noyau	réf.	-	-	-	-	-	ns
	Épouse	5,465	-	-	-	-	-	réf.
	Fils/fille	-	-	-	-	-	-	4,896
	Frère/sœur	14,734	-	-	-	-	-	2,024
	Autres	-	-	-	-	-	-	2,435
Emploi	Salarié	0,072	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
	Indépendant	réf.	1,530	0,196	1,801	13,443	ns	0,471
	Autre	0,002	5,658	0,483	2,909	40,913	0,094	-
Appartient à une assoc.	non	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
	oui	ns	0,730	0,776	1,331	-	0,857	0,782
Parents en ville	non	0,098	réf.	réf.	réf.	-	réf.	réf.
	oui	réf.	0,434	1,821	0,722	-	1,291	3,300
Statut dans l'emploi	Chômeur	0,677	réf.	-	réf.	réf.	réf.	-
	Actif occupé	réf.	3,449	-	1,325	5,036	3,868	-
Motif de la migration	Travail	-	réf.	réf.	réf.	-	-	réf.
	Études	-	0,579	1,287	2,153	-	-	0,449

Tous les ratios sont significatifs au seuil de 95% sauf ceux marqués ns (non significatif).

Le degré de satisfaction des migrants quant à leur intégration n'est pas associé de façon univoque aux caractéristiques socio-économiques individuelles dans les différents pays. Seules régularités : dans tous les pays où ces variables ont été introduites, les chômeurs rendent compte d'une insertion moins satisfaisante que les actifs, et les migrants ayant atteint un niveau d'instruction secondaire ou supérieure se déclarent plus souvent en situation

d'échec. Au Mali et au Sénégal ce sont les non-scolarisés qui présentent les plus forts taux de satisfaction, tandis que la déclaration d'une insertion réussie relève davantage des migrants avec un niveau d'instruction primaire au Burkina Faso, en Guinée et au Niger. Rappelons que cette mesure de l'insertion s'appuie sur l'appréciation des enquêtés, elle traduit donc avant tout le décalage entre les attentes des individus et leur réalisation. Ainsi il est possible que le faible niveau de satisfaction déclaré par les migrants rende davantage compte d'attentes plus fortes que de conditions d'insertion plus défavorables.

Les femmes s'avèrent plus satisfaites de leur situation actuelle que les hommes dans tous les pays, sauf en Guinée et au Sénégal. Au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, les migrants des jeunes générations sont, plus souvent que leurs aînés, en situation d'insatisfaction tandis que cette place est tenue par les générations intermédiaires au Mali, en Mauritanie et au Niger.

Au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Mali et en Mauritanie, le fait d'appartenir à un ménage dirigé par un salarié est associé à une insertion plus faible que lorsque le chef de ménage est indépendant ou d'une autre catégorie. La relation s'établit dans le sens opposé en Guinée, au Niger et au Sénégal.

L'appartenance aux associations locales et la présence de parents en ville sont des variables qui ne jouent pas toujours dans le sens attendu. Ainsi le fait d'appartenir à une association locale en ville est associé négativement à l'insertion socio-économique dans tous les pays sauf au Mali. La présence de parents en ville, contre toute attente, n'apparaît pas comme un facteur d'insertion au Mali et en Côte d'Ivoire.

Dans tous les pays, l'ethnie a un effet différentiel sur l'insertion socio-économique (résultats non présentés). Les groupes dominants ne s'intègrent pas toujours mieux que les minorités. Au Burkina Faso, les Manding et la plupart des autres groupes font état d'une insertion réussie, plus que les Mossi. En Côte d'Ivoire, ce sont les Senoufo qui viennent en première position, suivis par les Mandé, les Akan et les Voltaïques, tandis que les Krou se sentent plus souvent en situation d'échec. En Guinée, les groupes Malinké et Peul se situent dans la moins bonne position, suivis des Soussou et des autres groupes ; l'indicateur d'insertion varie du simple au double entre groupes extrêmes. Le groupe Peul, représenté au Mali, au Niger, en Mauritanie et au Sénégal, a généralement une très faible chance d'insertion aussi bien par rapport aux groupes dominants (Bambara au Mali, Arabe en Mauritanie, Haoussa au Niger et Wolof au Sénégal) que par rapport à d'autres ethnies comme les Touareg au Niger ou les Sereer au Sénégal.

## CONCLUSION

Longtemps assimilée à celle des hommes, la migration à destination urbaine est aujourd'hui une expérience également partagée par les deux sexes. Mais le rapprochement s'arrête là : les motifs tout comme les conditions du déplacement définissent des contours très différents à la mobilité féminine et à la mobilité masculine.

Les migrations féminines, telles qu'elles se caractérisent dans les années 1988-1992, s'inscrivent clairement dans des logiques familiales et conjugales. À la différence des hommes pour qui la motivation économique (le travail) prime, les femmes migrent essentiellement pour des motifs liés à leur vie matrimoniale ou familiale et sous le contrôle

de leurs époux ou parents. En effet, la décision de migrer, le plus souvent autonome chez les hommes, est rarement prise seule par les femmes mais généralement en concertation avec les personnes qui les accueilleront sur place, en particulier leurs conjoints ou apparentés. Autres manifestations de cet encadrement, les femmes assurent rarement elles-mêmes le financement de leur déplacement et elles sont fréquemment prises en charge lors de leur installation en ville. Ainsi si la migration vers la ville est devenue aussi une pratique féminine, elle reste dans une large mesure une affaire d'hommes.

L'appui du réseau familial existe aussi chez les hommes, mais il diminue rapidement quand l'âge de l'homme augmente. Le soutien familial à la migration des jeunes hommes peut en revanche être rapproché de celui dont bénéficient les femmes. On est tenté de le considérer dans les deux cas, comme l'expression du contrôle exercé par les aînés sur les « cadets sociaux » que sont les jeunes hommes et les femmes.

Ne répondant pas à des exigences d'ordre économique mais soutenues par les réseaux familiaux, les migrations des femmes s'inscrivent-elles dans une évolution des rapports de genre ou traduisent-elles davantage une adaptation aux contraintes que les migrations masculines font peser sur la reproduction des structures familiales ?

Vu leurs caractéristiques (décision, motif, prise en charge), les migrations féminines correspondent bien souvent au déplacement d'épouses allant rejoindre leur mari en ville. Le développement des mouvements migratoires féminins semble ainsi reproduire, avec un décalage dans les temps, celui des migrations masculines. Il correspondrait à la phase d'ajustement d'un processus migratoire qui a débuté par l'implantation en ville de vagues de migrants masculins.

La réalisation de ces migrations féminines suppose cependant une adaptation, et donc une évolution, de l'organisation familiale et des rapports de dépendance qui s'y jouent. Jusque-là les migrations masculines s'étaient développées sans remettre en question le maintien sur place de leurs épouses et l'emprise traditionnelle des aînés dans les milieux de départ. Ce mode de fonctionnement et la répartition des pouvoirs au sein des familles se trouvent aujourd'hui remis en question avec l'éclatement spatial des lieux de décision et de contrôle, notamment sur les migrations féminines. Il n'est pas exclu non plus que l'expérience migratoire conduite, à moyen terme, les femmes et les couples à prendre distance avec les modèles conjugaux traditionnels et à expérimenter de nouveaux modes relationnels.

Enfin, le développement des migrations de travail des jeunes filles, d'une ampleur encore limitée en 1988-1992, mérite d'être suivi et analysé. D'une autre nature que celles des femmes mariées, ces migrations pourraient être l'expression de nouvelles stratégies féminines et significatives de changements plus radicaux dans l'organisation des rapports entre sexes et générations.



## **BIBLIOGRAPHIE**

- ARNAUD Michel, 1998. – *Dynamique de l'urbanisation de l'Afrique au sud du Sahara*. – Paris, ISTD Ministère des affaires étrangères, Coopération et Francophonie.
- BATHILY Abdoulaye, 1989. – *Les portes de l'or, le royaume de Galam de l'ère musulmane au temps des négriers*. – Paris, L'Harmattan.
- BONTE Pierre, 1975. – *Pasteurs et nomades, l'exemple de la Mauritanie, Sécheresses et famines au Sahel*. – Paris, Maspéro [Coll. Paysans et Nomades, éditée par J. Copans].
- BARRY Boubacar, 1988. – *La Sénégambie du XV<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècles. Traite négrière, Islam, conquête coloniale*. – Paris, L'Harmattan.
- COQUERY-VIDROVITCH Catherine, 1988. – Les populations africaines du passé, in : Dominique TABUTIN (Ed.), *Populations et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. – Paris, L'Harmattan.
- CHEN Nancy *et al.*, 1998. – What do we know about recent trends in urbanization ?, in : Richard E. BILSBORROW (ed.), *Migration, urbanization and development : New directions and issues*. p. 59-88 – United Nations Population Fund (UNFPA) and Kluwer Academic Publishers.
- GIRI Jacques, 1986. – Populations movements, geographical distribution and internal migrations, in : Graziella CASELLI *et al.* (ed.), *Démographie: Analyse et synthèse. Vol. 2. Causes et conséquences des évolutions démographiques*, p. 327-344. – Rome, La Sapienza.
- LOVEJOY Paul, 1980. – Kola in the History of West Africa, *Cahiers d'études africaines*, Vol. 20 (77-78), p. 97-134.
- MEILLASSOUX Claude, 1986. – *Anthropologie de l'esclavage : le ventre de fer et d'argent*. – Paris, PUF.
- TOUPET Charles, 1975. – *La sédentarisation des nomades en Mauritanie sahélienne et centrale*. – Paris. [Thèse d'état]
- TRAORE Sadio et Philippe BOCQUIER, 1998. – *Réseau Migrations et Urbanisation en Afrique de l'Ouest : Synthèse régionale* – Bamako, CERPOD. [Études et Travaux du CERPOD n° 15].
- TRAORE Sadio et Philippe BOCQUIER, 2000. – *Urbanisation et dynamique migratoire en Afrique de l'Ouest : la croissance urbaine en panne*. – Paris, L'Harmattan. [Coll. Villes et Entreprises]
- TRAORE Sadio, 2001. – *Réseau Migrations et Urbanisation en Afrique de l'Ouest : Migration et insertion socio-économique dans les villes en Afrique de l'Ouest*. – Bamako, CERPOD. [Études et Travaux du CERPOD n° 16].
- ZACHARIAH Kunniparampil et Julien CONDE, 1980. – *Migration in West Africa. Demographic aspects*. – Oxford University Press.

## **ANNEXES : RESULTATS PAR PAYS**

Les résultats relatifs aux générations âgées de 50 ans et plus ne sont pas présentés par pays, en raison de la faiblesse des effectifs traités.

**ANNEXE 1**

**Motif principal de la migration selon le sexe, l'âge à l'enquête et le pays**  
(Flux rural-urbain)

**Hommes**

Motif principal de la migration	Pays							Total
	Burk. Faso	Côte d'Iv.	Guinée	Mali	Mauritanie	Niger	Sénég.	
<b>15-29 ans</b>								
Mariage, veuvage, div.	4	0	1	0	0	2	7	2
Travail	27	61	36	49	69	54	47	46
Études	38	23	55	10	0	17	35	27
Autres raisons fam. et soc.	31	3	7	10	0	12	0	11
Autres	0	13	1	31	31	15	11	14
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>30-49 ans</b>								
Mariage, veuvage, div.	0	0	1	0	0	1	10	1
Travail	70	89	41	41	78	60	70	60
Études	3	5	4	0	0	9	1	2
Autres raisons fam. et soc.	19	0	27	15	0	16	0	12
Autres	8	6	27	44	22	14	19	25
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Femmes**

Motif principal de la migration	Pays							Total
	Burk. Faso	Côte d'Iv.	Guinée	Mali	Mauritanie	Niger	Sénég.	
<b>15-29 ans</b>								
Mariage, veuvage, div.	58	44	75	26	31	59	61	51
Travail	2	10	2	38	47	11	30	16
Études	21	2	8	0	3	3	4	8
Autres raisons fam. et soc.	19	23	9	5	0	23	0	13
Autres	0	21	6	31	19	4	5	12
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>30-49 ans</b>								
Mariage, veuvage, div.	49	32	66	53	30	55	67	52
Travail	0	12	11	18	24	15	12	13
Études	0	0	0	0	3	0	0	1
Autres raisons fam. et soc.	34	30	17	11	0	12	0	14
Autres	17	26	6	18	43	18	21	20
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**ANNEXE 2**  
**Personne consultée lors de la prise de décision de migrer**  
**selon le sexe, l'âge à l'enquête et le pays**  
 (Flux rural-urbain)

**Hommes**

Personne consultée	Pays							Total
	Burk. Faso	Côte d'Iv.	Guinée	Mali	Mauritanie	Niger	Sénég.	
<b>15-29 ans</b>								
Aucune	49	53	40	53	69	56	41	50
Conjoint	4	0	2	2	0	2	1	2
Parent	46	45	57	40	26	30	50	44
Autres	1	2	1	4	5	12	8	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>30-49 ans</b>								
Aucune	62	59	63	73	50	78	63	66
Conjoint	0	0	3	4	0	1	0	2
Parent	5	4	18	3	9	4	25	7
Autres	33	37	16	20	41	17	13	25
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Aucune	62	59	63	73	50	78	63	66

**Femmes**

Personne consultée	Pays							Total
	Burk. Faso	Côte d'Iv.	Guinée	Mali	Mauritanie	Niger	Sénég.	
<b>15-29 ans</b>								
Aucune	17	29	5	32	39	13	20	21
Conjoint	35	43	72	19	50	62	39	43
Parent	48	25	21	29	2	24	38	31
Autres	0	3	2	20	9	1	3	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>30-49 ans</b>								
Aucune	5	17	7	28	32	37	25	20
Conjoint	81	43	80	62	37	55	61	61
Parent	6	37	10	2	7	8	11	12
Autres	8	2	3	8	24	0	3	7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**ANNEXE 3**

**Lieu de résidence de la personne consultée lors de la prise de décision de migrer  
selon le sexe, l'âge à l'enquête et le pays  
(Flux rural-urbain)**

**Hommes**

Lieu de résidence de la personne consultée	Pays							Total
	Burk. Faso	Côte d'Iv.	Guinée	Mali	Mauri- tanie	Niger	Sénég.	
<b>15-29 ans</b>								
Résidence précédente	47	38	31	62	41	36	52	46
Résidence actuelle	48	58	68	17	46	64	39	46
Autres	5	4	1	22	13	0	9	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>30-49 ans</b>								
Résidence précédente	17	20	22	41	39	56	33	31
Résidence actuelle	19	15	43	29	16	44	51	26
Autres	64	65	35	30	45	0	16	43
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Femmes**

Lieu de résidence de la personne consultée	Pays							Total
	Burk. Faso	Côte d'Iv.	Guinée	Mali	Mauri- tanie	Niger	Sénég.	
<b>15-29 ans</b>								
Résidence précédente	48	48	14	66	27	20	42	41
Résidence actuelle	52	51	52	34	58	80	52	51
Autres	0	1	34	0	15	0	6	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>30-49 ans</b>								
Résidence précédente	35	7	23	36	26	11	24	24
Résidence actuelle	65	87	73	53	57	89	66	70
Autres	0	6	4	11	17	0	10	6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**ANNEXE 4**

**Source de financement de la migration selon le sexe, l'âge à l'enquête et le pays  
(Flux rural-urbain)**

**Hommes**

Source de financement	Pays							Total
	Burk. Faso	Côte d'Iv.	Guinée	Mali	Mauri- tanie	Niger	Sénég.	
<b>15-29 ans</b>								
Personne	25	53	46	51	60	46	0	41
Conjoint	4	0	0	0	0	2	1	1
Parents	66	46	53	48	37	43	87	54
Autres	5	1	1	1	3	9	12	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>30-49 ans</b>								
Personne	91	77	82	87	70	81	0	82
Conjoint	0	0	0	0	0	1	0	0
Parents	0	5	16	3	2	6	54	5
Autres	9	17	2	10	28	12	46	13
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Femmes**

Source de financement	Pays							Total
	Burk. Faso	Côte d'Iv.	Guinée	Mali	Mauri- tanie	Niger	Sénég.	
<b>15-29 ans</b>								
Personne	18	27	10	27	43	11	0	19
Conjoint	40	36	68	28	50	61	44	44
Parents	42	29	22	40	6	28	50	34
Autres	0	8	0	5	1	0	6	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>30-49 ans</b>								
Personne	0	53	9	36	55	40	0	25
Conjoint	54	45	76	61	45	49	88	62
Parents	11	2	12	2	0	10	7	7
Autres	35	0	3	1	0	1	5	6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



## **Chapitre 9**

# **MIGRATIONS ET PAUVRETE AU MALI**

***Sékouba Diarra***

*Ministère de l'économie et des finances*

*Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP, Bamako, Mali)*

***Pierre Cissé***

*Institut supérieur de formation et de recherche appliquée*

*(ISFRA, Bamako, Mali)*



Le Mali se situe parmi les pays les plus pauvres de la planète. Son économie est largement dominée par l'agriculture (coton, céréales et élevage) dont vit 80 % de la population et qui représente 42 % du PIB et 75 % des recettes d'exportation. Si l'autosuffisance alimentaire est assurée en temps normal, l'équilibre économique est cependant toujours menacé à la fois par les aléas climatiques (cf. les sécheresses des années 1973-74, 1984, 2002) et les fluctuations des prix des matières premières, en particulier le coton, sur les marchés internationaux. En 2001, le produit national brut par habitant était estimé à 770 dollars US, soit une valeur près de 10 fois plus faible que la moyenne mondiale (7160 \$US), et inférieure de 30 % à la moyenne de l'Afrique occidentale (1030 \$US) (Pison, 2003). Cette pauvreté d'ordre monétaire est renforcée par les carences affectant les conditions de vie des populations (éducation, santé, logement, alimentation...). L'index du développement humain, qui en est un indicateur synthétique, situe ainsi le Mali au 172<sup>e</sup> rang mondial en 2001 (PNUD, 2003). Le Gouvernement du Mali a promu la lutte contre la pauvreté au premier rang des priorités nationales et élaboré un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) répondant à plusieurs objectifs : rendre les actions de développement plus efficaces au profit des pauvres, définir de nouvelles politiques et de nouveaux instruments pour contrer la pauvreté, et enfin prendre des mesures appropriées à court et moyen termes permettant au gouvernement d'utiliser rationnellement et efficacement les ressources internes et externes (CSLP, 2002).

Le Mali est aussi un pays marqué par d'importants mouvements migratoires, tant sur le plan interne qu'international. Les pratiques migratoires y sont anciennes : héritier d'un passé culturel marqué par la présence de grands empires et royaumes (empire du Ghana, empire du Mali, royaume bambara de Ségou, royaume peulh du Macina, etc), le Mali a été le trait d'union entre l'Afrique du Nord et l'Afrique sub-sahélienne et côtière à économie plus attrayante. Mais elles se sont considérablement développées pendant la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle et concernent aujourd'hui une grande partie de la population malienne. Ainsi on estime qu'entre 1960 et 1990, plus de 2 millions de Maliens ont émigré vers les pays voisins (EMMU, 1996). La population de nationalité malienne résidant à l'étranger serait, quant à elle, de l'ordre de 4 millions d'après l'évaluation de la Délégation générale des maliens de l'extérieur (Forum de la diaspora, 2003). Cette mobilité est aussi l'une des facettes de la pauvreté au Mali : une réponse à la précarité consistant à chercher ailleurs travail et amélioration des conditions de vie (République du Mali, 1985, 1991 ; Condé, 1986).

Si migration et pauvreté apparaissent comme deux caractéristiques de la situation contemporaine du Mali, s'imposent-elles sous des formes équivalentes à l'intérieur du pays ? Les régions les plus pauvres sont-elles celles où l'on migre le plus ?

L'objet de ce chapitre est de décrire les différentiels régionaux en terme de pauvreté et de migration et d'explorer les mécanismes en jeu dans l'articulation des deux phénomènes. Nous utiliserons les données statistiques les plus récentes : le recensement général de la population et de l'habitat de 1998 (République du Mali, 2001) et l'enquête malienne d'évaluation de la pauvreté (EMEP) réalisée en 2001 (DNSI, 2001). Des informations de sources plus diversifiées et souvent de nature qualitative seront utilisées pour proposer des éléments d'explication.

## MESURE ET CARTOGRAPHIE DE LA PAUVRETE

### Définition de la pauvreté

La pauvreté est un phénomène multidimensionnel qui ne peut se résumer à une définition ou un concept unique. Trois principales formes de pauvreté peuvent être distinguées :

*La pauvreté de conditions de vie* qui se traduit par une situation de manque dans les domaines relatifs à l'alimentation, l'éducation, la santé, le logement, etc. ;

*La pauvreté monétaire ou de revenu* qui exprime une insuffisance de ressources engendrant, notamment, une consommation insuffisante ;

*La pauvreté de potentialité* caractérisée par le manque de capital (accès à la terre, aux équipements, au crédit, à l'emploi, le manque de main-d'œuvre, etc.).

L'enquête malienne d'évaluation de la pauvreté réalisée en 2001-2002 s'est intéressée à la première forme, la pauvreté de conditions de vie.

### Indicateurs

La pauvreté est appréciée à partir d'une ligne de démarcation appelée seuil de pauvreté. Ce seuil de pauvreté est défini à partir d'un indice de ciblage ou « score de pauvreté » (Is) qui tient compte de l'existence dans la localité d'infrastructures d'éducation, de santé, d'eau potable, de sécurité alimentaire. Ce score est de 20 si l'ensemble de ces services sont accessibles. Les localités sont considérées « pauvres » si le score est inférieur à 10, et « très pauvres » si le score est inférieur à 5 (encadré 1).

Partant de ce seuil de pauvreté, deux indicateurs ont été retenus pour définir le degré de la pauvreté au Mali :

*L'incidence de la pauvreté*<sup>1</sup> d'une région ou d'un pays est la proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté.

*La profondeur de la pauvreté*<sup>2</sup> est l'indice volumétrique de la pauvreté exprimé en pourcentage du seuil de la pauvreté. Il exprime l'effort qu'une localité doit fournir pour quitter son niveau de pauvreté et atteindre le seuil de pauvreté de 10. Par exemple la profondeur de la pauvreté d'une localité qui aurait un niveau de pauvreté de 6, serait de  $(10-6)/10$  soit 40 %.

---

<sup>1</sup> Également dénommé indice numérique de la pauvreté ou taux de pauvreté.

<sup>2</sup> Ou intensité de la pauvreté.

**Encadré 1. Le seuil de pauvreté**

La pauvreté possède de multiples dimensions. Elle se caractérise entre autres par le besoin de prestations élémentaires de santé, d'éducation de base, d'accès à l'eau potable ainsi qu'à d'autres services essentiels qui doivent être fournis par la communauté afin d'empêcher les individus de sombrer dans un état de dénuement. À partir de ce concept, l'incidence et la profondeur de la pauvreté peuvent être déterminées à partir des informations relevées sur les infrastructures socio-économiques.

La méthodologie repose sur un indicateur ( $I_s$ ) appelé « score de pauvreté » qui varie de 0 à 20. Les types d'infrastructures retenues pour l'élaboration de l' $I_s$  sont : d'**éducation** (1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> cycles de l'école fondamentale, centre d'alphabétisation), de **santé** (hôpital, dispensaire, pédiatrie maternelle et infantile, maternité, centre de santé communautaire), d'**accès à l'eau potable** (forage, puits moderne à grand diamètre), de **sécurité alimentaire et de revenu** (banque de céréale, caisse villageoise).

L' $I_s$  d'un village est la somme des scores partiels présentés dans le tableau ci-après. L' $I_s$  d'une région est la moyenne des scores des villages qui la composent.

*Scores partiels par type d'infrastructures*

Type d'infrastructures	0 km	0 à 5 km	Plus de 5 km	Observations
<b>Éducation</b>				
Premier cycle	3.0	1.5	0.0	
Second cycle	1.0	0.5	0.0	
Centre d'alphab.	2.0	0.0	0.0	
<b>Santé</b>				
Hôpital	4.0	2.0	0.0	Si une localité dispose d'un dispensaire, d'une PMI, d'une maternité, alors le CSCOM n'est pas noté et inversement
Dispensaire	1.0	0.5	0.0	
PMI	1.0	0.5	0.0	
Maternité	1.0	0.5	0.0	
CSCOM	3.0	1.5	0.0	
<b>Eau potable</b>				
Forage	2.5	0.0	0.0	
Puits moderne	3.0	0.0	0.0	
<b>Sécurité aliment.</b>				
Banque de céréale	0.5	0.0	0.0	
<b>Revenu</b>				
Caisse villageoise	1.0	0.0	0.0	
<b>Total</b>	<b>20.0</b>			

Le logiciel AGIS a été utilisé pour déterminer les distances entre les villages et les infrastructures afin de déterminer les scores partiels. Pour classer les localités selon le degré de pauvreté, les classes de valeurs de l' $I_s$  ci-dessous ont été retenues :

Moins pauvre	$10 \leq I_s \leq 20$
Pauvre	$5 \leq I_s < 10$
Très pauvre	$0 \leq I_s < 5$

La mesure de la pauvreté par un indicateur tel que l' $I_s$  permet d'identifier les zones où se concentre la pauvreté au sein d'un pays ou d'une région. Toutefois, l'approche présente deux insuffisances : premièrement, la méthode ne s'applique pas aux fractions nomades et deuxièmement, elle homogénéise le niveau de pauvreté de l'ensemble des individus d'une même localité.

## Cartographie de la pauvreté

Selon ces critères, la pauvreté touche aujourd'hui près des deux tiers (64 %) de la population malienne. Plus d'un cinquième de la population vit dans l'extrême pauvreté. La profondeur de la pauvreté est évaluée à 42 % (tableau 1).

Tableau 1  
**Incidence et profondeur de la pauvreté par milieu de résidence et par région en 1998**  
 (Source : EMEP/DNSI, 2001)

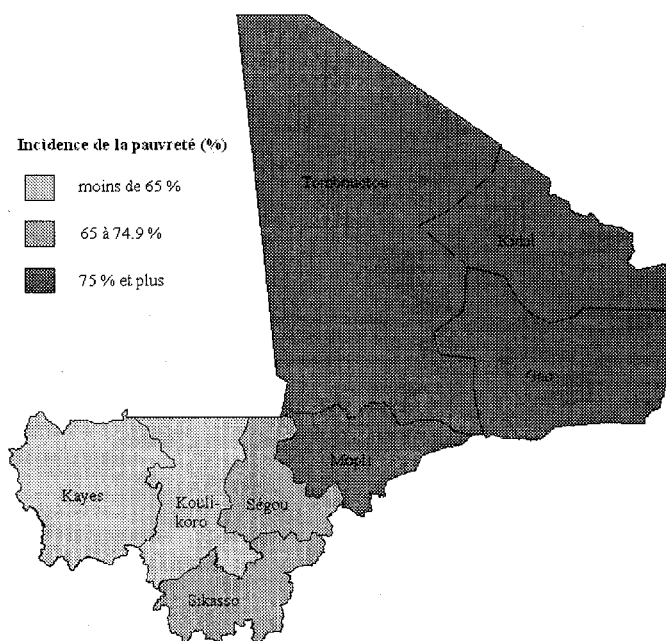
	Incidence de la pauvreté (%)			Profondeur de la pauvreté (%)
	Très pauvre	Pauvre	Total	
<i>Milieu de résidence</i>				
Urbain	1,6	28,5	30,1	22,3
Rural	27,9	48,0	75,9	45,8
<i>Région</i>				
Kayes	24,7	37,7	62,4	43,9
Koulikoro	18,5	41,3	59,5	42,0
Sikasso	13,9	51,9	65,8	37,2
Ségou	25,9	42,3	68,2	45,2
Mopti	38,1	38,1	76,2	53,1
Tombouctou	26,4	50,4	76,8	47,4
Gao	11,1	67,6	78,7	36,7
Kidal	3,6	89,2	92,8	32,7
Dist.de Bamako	0,2	28,4	28,6	14,8
<i>Mali</i>	21,0	42,8	63,8	42,3

Le milieu rural présente un niveau de pauvreté beaucoup plus élevé que le milieu urbain (76 % contre 30 %) et l'effort d'investissement à déployer pour amener les localités au seuil de pauvreté y est deux fois plus élevé qu'en ville (46 % contre 22 %).

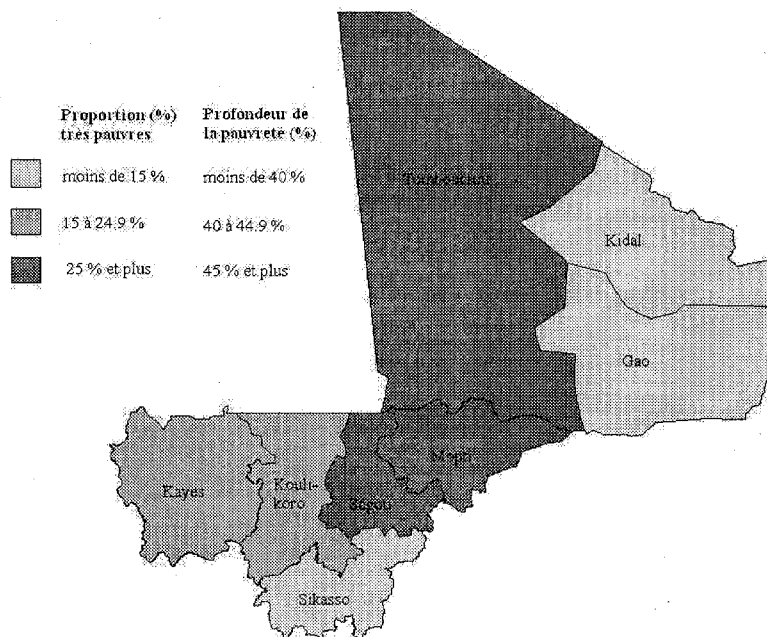
Les indicateurs régionaux distinguent avant tout le district de Bamako qui, avec une disponibilité d'infrastructures bien plus élevée qu'ailleurs, présente un niveau de pauvreté très inférieur à celui des autres régions : l'incidence et la profondeur de la pauvreté y sont près de 3 fois plus faibles qu'au niveau national et la catégorie « très pauvre » n'y est quasiment pas représentée.

La plage de variation entre les autres régions est beaucoup plus restreinte mais des schémas régionaux se dégagent. L'incidence de la pauvreté (« pauvre » et « très pauvre ») fait apparaître un découpage géographique en trois groupes (carte 1a) : les régions du Nord-Est (Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal) sont les plus démunies, avec plus de trois quarts des populations en situation de pauvreté (avec un maximum de 93 % à Kidal) ; les régions orientales (Kayes et Koulikoro) sont les moins défavorisées (incidence de l'ordre de 60 %), tandis que les régions centrales (Ségou et Sikasso) se situent en position intermédiaire (66-68 %).

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI



a. Incidence (%) de la pauvreté



b. Profondeur (%) de la pauvreté et proportion (%) de très pauvres

Carte 1  
Incidence et profondeur de la pauvreté par région

Ce schéma est cependant nuancé quand on s'intéresse à la profondeur de la pauvreté et à la représentation des populations très pauvres, deux indicateurs qui se traduisent par une même cartographie (carte 1b). Ainsi les régions de Gao et Kidal, les plus mal classées en terme de pauvreté générale, se caractérisent par une proportion faible de populations très pauvres tandis que la position la plus défavorable est occupée par la région de Mopti : bien que les infrastructures sanitaires et sociales soient plus nombreuses dans la région de Mopti que dans celles de Kidal et Gao, les populations privées d'un accès à ces équipements y sont bien plus nombreuses que dans les régions du Nord (38 % contre 11 % à Gao et 4 % à Kidal).

## MESURE ET CARTOGRAPHIE DES MIGRATIONS INTERNES

### Définition et mesure des migrations

L'analyse des migrations est parmi les plus complexes en démographie. En effet, contrairement aux autres phénomènes démographiques (fécondité, mortalité, nuptialité, etc), la migration fait intervenir différentes populations : celles des milieux de départ et d'arrivée. La mesure de l'ensemble des flux migratoires (les entrées ou immigrations, et les départs ou émigrations) nécessiterait qu'un système continu d'enregistrement des déplacements existe. À défaut, une enquête étendue aux principaux pays entre lesquels se réalisent les migrations permet d'estimer les flux migratoires internes et internationaux des populations étudiées. Les enquêtes du Réseau migrations et urbanisation en Afrique de l'Ouest (REMUAO) réalisées dans sept pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal) ont ainsi permis un évaluation des mouvements migratoires de la population malienne sur la période 1988-92, en enregistrant non seulement les déplacements de la population résidant au Mali, mais aussi ceux des émigrés maliens résidant dans les autres pays enquêtés (encadré 2) (EMMU, 1996).

Les opérations de collecte nationales ne saisissent en revanche qu'une partie des déplacements, ceux des résidents enquêtés, et dans la limite des informations collectées. Le recensement général de la population du Mali permet ainsi de calculer deux types d'indicateurs sur les migrations : d'une part en comparant le lieu de naissance au lieu de résidence actuelle des enquêtés, d'autre part en comparant le lieu de résidence actuelle au lieu où ils ont déclaré résider 12 mois plus tôt. Ces données ne sont pas adaptées à l'étude des mouvements internationaux : si les immigrants sont recensés, les émigrants ne le sont pas. En revanche, elles permettent d'aborder la mobilité interne et présentent aussi l'intérêt de porter sur l'ensemble de la population, et ainsi d'être affranchies des aléas statistiques des sondages.

Nous utiliserons dans ce chapitre les données du recensement de 1998 et privilégierons les indicateurs basés sur la comparaison entre le lieu de naissance et le lieu de résidence au moment du recensement. L'unité d'analyse retenue est la région. Sont ainsi identifiés et désignés comme émigrés d'une région, les individus qui y sont nés mais résident dans une autre région du Mali en 1998. À l'inverse, sont comptabilisés comme immigrés d'une région les individus qui y résident en 1998 mais n'y sont pas nés.

L'émigration internationale n'étant pas prise en compte dans les données traitées, il conviendra de tenir compte de cette limite dans l'interprétation des résultats. En effet, les différences régionales décrites par les indicateurs utilisés rendraient compte des différences effectives si le poids des émigrations internationales dans l'ensemble des migrations était le même dans chaque région. Cette hypothèse ne correspond bien évidemment pas à la réalité et ce facteur sera à prendre en considération, notamment pour expliquer la position particulière de certaines régions dont on sait qu'elles sont plus fortement touchées par les migrations internationales, telles que la région de Kayes. Plus que les migrations au sens strict, les données traitées décrivent la redistribution spatiale des populations au sein du pays et c'est à ce titre que nous les utiliserons ici.

À titre complémentaire, l'encadré 2 fournit des données de cadrage sur la migration internationale au Mali.

### **Encadré 2. Les migrations internationales au Mali**

Faute de données adéquates, il est difficile de connaître le niveau, et plus encore l'évolution, des migrations internationales au Mali. Cependant il est clair que le Mali est un pays d'émigration, ce que confirment toutes les sources de données disponibles. Ainsi, on estime que la diaspora malienne compte 4 millions d'individus établis à l'étranger. Ce chiffre, estimé à partir de données consulaires, porte sur la population de nationalité malienne (y compris les descendants de migrants) mais ne tient pas compte des émigrés ayant abandonné leur nationalité pour adopter celle du pays d'accueil. L'enquête malienne sur les migrations et l'urbanisation (EMMU) réalisée dans le cadre du réseau REMUAO a, quant à elle, enregistré près de 500 000 migrations internationales, dont 312 000 émigrations, au sein de la population adulte (15 ans et plus) sur la période 1988-92 (Bocquier et Diarra, 1999) et ce volume est certainement sous-estimé, les déplacements des émigrés ne résidant pas dans les pays enquêtés (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal) n'étant pas comptabilisés. Ces migrations internationales représentent un volume sensiblement identique à celui des migrations internes. Elles sont en grande partie masculines (66 %) et motivées par le travail (40 %). Ces flux migratoires à destination de l'étranger se font principalement en provenance du milieu rural (73 %) et à destination de la Côte d'Ivoire (70 %) (EMMU, 1996 ; Bocquier et Diarra, 1999). Sur la période 1988-92, le solde migratoire international était négatif dans toutes les régions, à l'exception du district de Bamako, les régions de Mopti et Kayes enregistrant le déficit migratoire le plus important, et la région de Sikasso le déficit migratoire le plus faible. Il n'existe pas de données plus récentes permettant de juger d'une évolution de ces caractéristiques.

L'émigration internationale semble cependant se ralentir depuis les années quatre-vingt. Le taux de migration nette estimé à 1,1 % par an sur la période intercensitaire 1976-87 était passé à moins de 0,5 % en 1988-92, une tendance à la baisse que confirment les données du recensement de 1998.

### **La redistribution inter-régionale de la population liée aux migrations**

Partant de la répartition de la population résidant au Mali en 1998 selon le lieu de naissance et le lieu de résidence (annexe 1), plusieurs indicateurs ont été produits pour apprécier les différentiels régionaux en terme de migrations internes (tableau 2) :

- un indicateur d'émigration, qui rend compte des zones de répulsion : la proportion d'individus nés dans la région qui résident dans une autre région du Mali en 1998 (carte 2a) ;

- un indicateur d'immigration, destiné à évaluer le pouvoir d'attraction de la région : la proportion de résidents nés ailleurs (autre région ou étranger) (carte 2b) ;
- un indicateur sur le solde migratoire de la région : l'accroissement entre la population native et la population résidente (carte 3).

L'annexe 2 fournit des informations complémentaires sur l'orientation des flux migratoires (région d'origine des immigrés et lieu de résidence des émigrés).

Tableau 2

**Redistribution inter-régionale de la population liée aux migrations.**

Indicateurs tirés de la répartition de la population résidente en 1998, en fonction de la région de résidence et de la région de naissance.

Région	Proportion (%) de résidents nés ailleurs <sup>(1)</sup>	Proportion (%) de natifs résidant dans une autre région	Accroissement (%) entre la population née dans la région et la population qui y réside en 1998
Kayes	4,6	6,1	-1,6
Koulikoro	8,0	9,5	-1,7
Sikasso	8,1	5,4	3,0
Ségou	6,7	10,1	-3,6
Mopti	4,3	6,7	-2,6
Tombouctou	3,4	9,7	-6,6
Gao	4,3	6,8	-2,5
Kidal	7,9	6,3	1,8
Bamako	37,7	10,5	43,8
Total	9,5	9,5	0,0

(1) Y compris à l'étranger

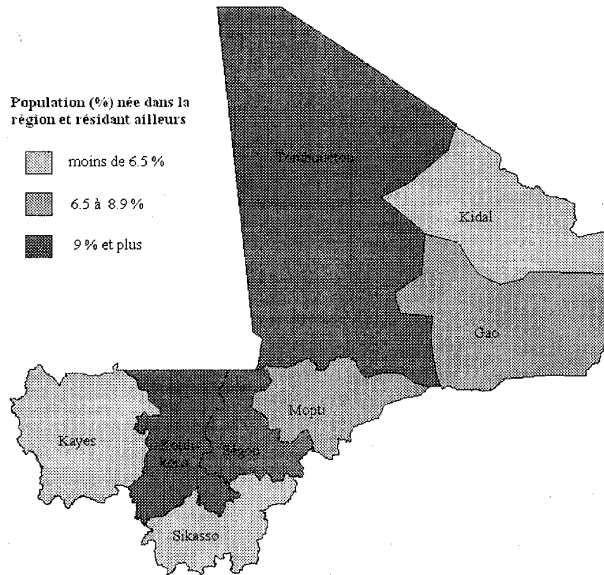
Le district de Bamako (non représenté sur les cartes) se distingue très nettement des autres régions. Bamako est, de loin, le principal pôle d'attraction des migrations internes : 38 % de sa population (contre 10 % en moyenne nationale) est constituée d'immigrants. La capitale est, dans toutes les régions, la destination principale des migrants internes ; 30 % à 60 % des émigrés résident à Bamako en 1998 (annexe 2a). Le poids des émigrations y est comparable à la moyenne nationale (10 %). La population résidant à Bamako en 1998 est ainsi supérieure de 44 % à l'effectif des résidents qui y sont nés.

Comparées à Bamako, les différences entre les autres régions s'avèrent beaucoup plus faibles. La proportion d'émigrés varie entre 4 % et 8 %, celle des immigrés entre 6 % et 10 % et l'accroissement migratoire entre -7 % et +3 %.



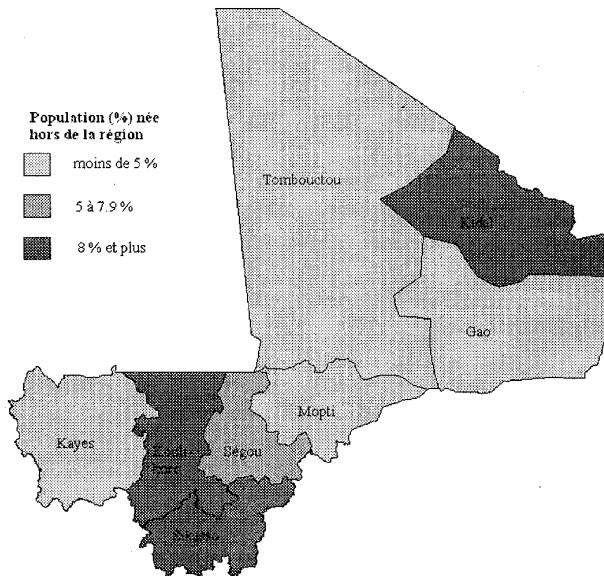
QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

a.



Proportion (%) de natifs résidant en 1998 dans une autre région du Mali

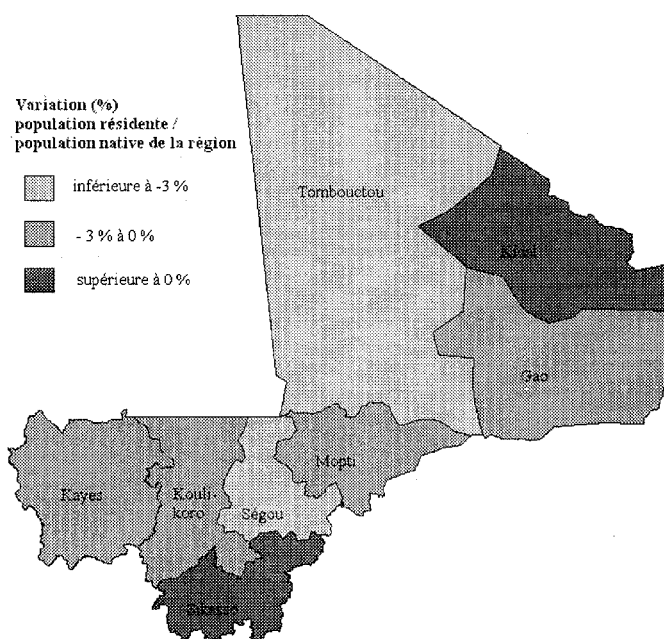
b.



Proportion (%) de résidents en 1998 nés ailleurs (autre région du Mali ou étranger)

Carte 2

**Redistribution inter-régionale liée aux migrations. Proportion (%) de la population résidente née ailleurs et proportion (%) de natifs résidant dans d'autres régions.**  
(indicateurs calculés sur la population résidant au Mali au recensement de 1998)



Carte 3

**Accroissement (%) entre la population née dans la région et celle qui y réside en 1998**  
(calculée sur la population résidant au Mali au recensement de 1998)

Trois principaux groupes de régions peuvent cependant être distingués :

- les « régions répulsives », caractérisées par une émigration importante, une immigration faible et un déficit migratoire élevé. Cet ensemble regroupe les régions de Tombouctou, Gao et Ségou. Les flux d'émigration y sont orientés, outre Bamako (33 % à 43 % des cas) vers les régions limitrophes du sud : vers Sikasso (22 %) pour les migrants nés à Ségou, vers Mopti (33 %) pour ceux de Tombouctou. La dispersion géographique est plus forte pour les ressortissants de la région de Gao.

- les « régions attractives », caractérisées par une immigration élevée et une émigration faible conduisant à un solde migratoire positif. Ce profil est celui des régions de Sikasso et de Kidal, les seules, en dehors de Bamako, à bénéficier d'une croissance migratoire positive. Les deux régions sont alimentées par des migrants originaires de la région de Ségou (environ un quart des immigrants dans les deux cas) auxquels s'ajoutent à Kidal une forte représentation de populations originaires de Gao (43 %) et à Sikasso une contribution importante (26 %) de migrants venant de l'étranger. La faible contribution de la région de Sikasso aux migrations serait probablement relativisée si les migrations internationales étaient prises en compte : la proximité de la Côte d'Ivoire contribue vraisemblablement à une orientation privilégiée des départs vers ce pays, au détriment des autres régions du Mali. La représentation importante des ressortissants étrangers parmi les immigrants (dont on peut penser qu'ils sont en grande partie des descendants d'émigrés) en fournit une illustration indirecte.

- les régions de profils intermédiaires, avec un déficit migratoire modéré, résultant d'une relative proximité entre l'émigration et l'immigration, soit à un niveau élevé (Koulikoro), soit à un niveau faible (Mopti et Kayes). Le statut de la région de Koulikoro est à rapporter à sa proximité avec Bamako : elle constitue une sorte de zone relais par laquelle transitent les flux migratoires à destination de la capitale. Ainsi la plupart des émigrations (60 %) sont à destination de Bamako. Le niveau relativement faible des mouvements migratoires de la région de Kayes est pour sa part à rapporter à l'importance de la migration internationale (notamment vers la France) dans cette zone. La forte proportion d'étrangers (35 %) parmi les immigrants en est, comme à Sikasso, une illustration indirecte. La région de Mopti a également été identifiée par l'enquête EMMU comme l'une des principales pourvoyeuses de migrants internationaux, ce qui pourrait, là aussi expliquer le niveau modeste des migrations internes ; toutefois la représentation des immigrants en provenance de l'étranger n'y est pas supérieure à la moyenne nationale.

## **QUELS LIENS ENTRE PAUVRETE ET MIGRATIONS ?**

Il est largement admis que les conditions économiques sont un déterminant essentiel des migrations. Selon les modèles économiques d'inspiration néo-classique, la rationalité migratoire s'inscrit ainsi dans le déséquilibre entre les conditions défavorables des milieux de départ et celles, plus attractives, des lieux de destination (théorie dite des « push and pull »). Lewis (1954) et de Todaro (1969) ont ainsi expliqué les migrations du rural vers l'urbain comme un phénomène d'ajustement face aux déséquilibres résultant d'un système de dualisme économique entre des sites agricoles faiblement productifs et des sites urbains pourvoyeurs d'emplois. Dans le contexte du développement urbain des pays africains, on a pu de la sorte opposer les zones rurales pauvres, excédentaires en main d'œuvre aux zones urbaines, alors en plein développement économique et demandeuse de main d'œuvre (Lee, 1966). En dépit de la récession urbaine, la crise économique et les contraintes liées à la dégradation de l'environnement (sécheresse, irrégularité des pluies, accroissement démographique et ressources naturelles limitées) ont contribué à entretenir les mouvements migratoires et à inscrire le recours à la pratique migratoire dans les stratégies de diversification des revenus développées par les familles pour faire face à la détérioration des conditions économiques en milieu rural.

Pourtant il serait simpliste d'envisager les relations entre migrations et pauvreté dans un schéma de causalité univoque. Si le niveau de développement socio-économique est un facteur de migration, les mouvements migratoires peuvent en retour jouer sur le niveau de pauvreté du milieu de départ. L'émigration peut contribuer à améliorer la situation socio-économique dans le milieu de départ en allégeant la pression sur les ressources et par les flux de moyens adressés par les migrants à leur communauté d'origine. Mais elle peut aussi contribuer à entretenir, voire à dégrader, les conditions de vie quand la force de travail captée par l'émigration déséquilibre l'organisation du système de production locale.

Notre propos ne sera donc pas de présenter un schéma explicatif mais plutôt d'alimenter le débat sur l'articulation entre les migrations et pauvreté.

Dans un premier temps, nous examinerons s'il existe une régularité statistique entre les indicateurs de pauvreté et de migration : la contribution des régions à la migration interne augmente-t-elle avec leur niveau de pauvreté ? Des éléments contextuels seront ensuite

proposés pour préciser la nature de la relation entre les deux phénomènes dans les différentes régions du Mali. Enfin, une dernière partie propose des éléments de réflexion sur les effets de l'émigration sur les conditions de vie des populations.

### **La migration varie-t-elle avec le niveau de pauvreté des régions ?**

L'analyse des différentiels régionaux en terme de pauvreté et de migration réalisée dans les parties précédentes a avant tout mis en évidence l'écart considérable entre la situation de la capitale et le reste du pays. C'est à Bamako que la pauvreté des conditions de vie évaluée par la disponibilité des infrastructures socio-économiques est la plus faible. C'est aussi très majoritairement au profit de Bamako que s'opère la redistribution spatiale de la population malienne. En comparaison, les différences entre les autres régions sont relativement modestes. Ainsi la plage de variation de l'incidence de la pauvreté est de  $\pm 30\%$  autour de la moyenne dans les régions alors que le rapport s'établit du simple au triple entre Bamako et la moyenne nationale. De même l'indicateur de croissance migratoire est supérieure 40 % à Bamako, alors qu'il ne dépasse 3 % dans aucune région.

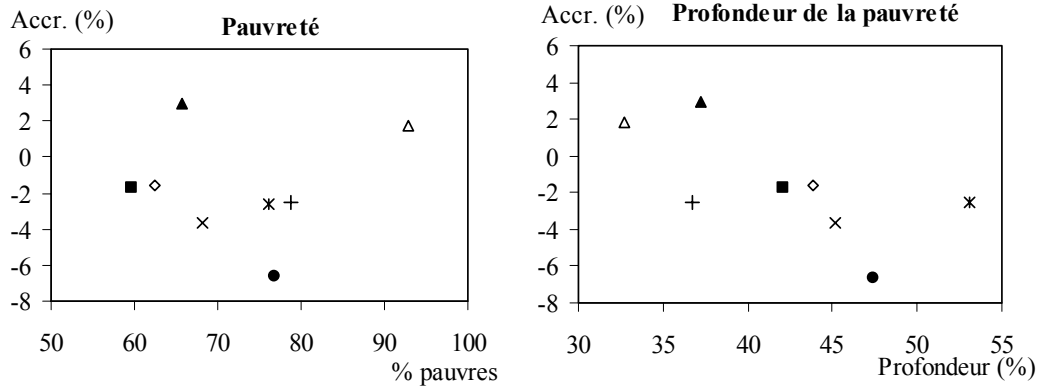
Si l'on s'en tient à cette bipolarité, la relation pauvreté/migration semble avérée. Mais qu'en est-il si l'on met à part la situation particulière de la capitale pour ne s'intéresser qu'aux autres régions ? La relation est-elle confirmée : l'orientation des mouvements migratoires intérieurs se calque-t-elle sur la carte de la pauvreté, conduisant les populations à quitter les milieux les plus défavorisés au profit de ceux qui le sont moins ? Pour en juger, on a représenté sous forme d'un nuage de points les régions selon les indicateurs de pauvreté<sup>3</sup> et de migration (figure 1).

Les résultats rendent compte d'une certaine association entre les indicateurs de pauvreté et de migration des régions, mais parfois relativement lâche<sup>4</sup> et avec des points en position atypique. D'une façon générale, la corrélation est plus faible entre les indicateurs de migration et l'incidence générale de la pauvreté qu'avec la profondeur de la pauvreté et l'incidence de la grande pauvreté (corrélation non représentée mais qui aboutit à des résultats comparables aux corrélations avec la profondeur de la pauvreté). Ainsi, plus que le niveau général de disponibilité des structures socio-économiques (que mesure l'incidence de la pauvreté), c'est l'exclusion d'une partie importante de la population de cet encadrement (résidant dans des localités dépourvues d'infrastructures et éloignées de centres équipés) qui joue sur le niveau des migrations dans une région.

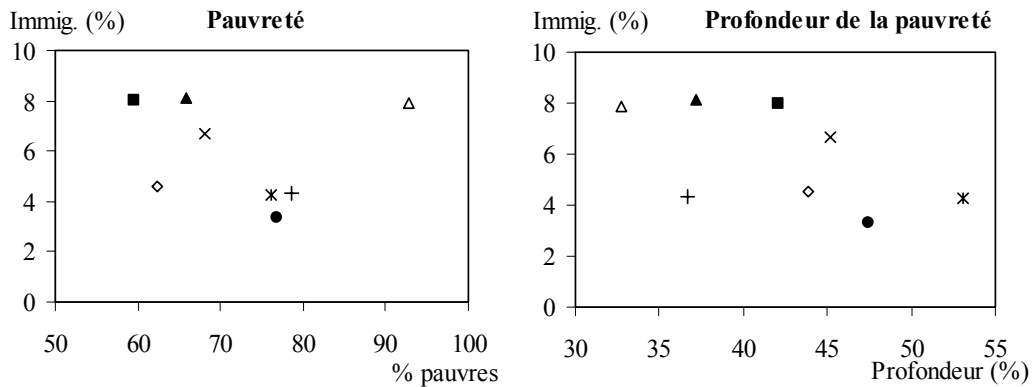
---

<sup>3</sup> L'incidence de la grande pauvreté étant fortement corrélée avec la profondeur de la pauvreté, les corrélations avec cet indicateur n'ont pas été représentées.

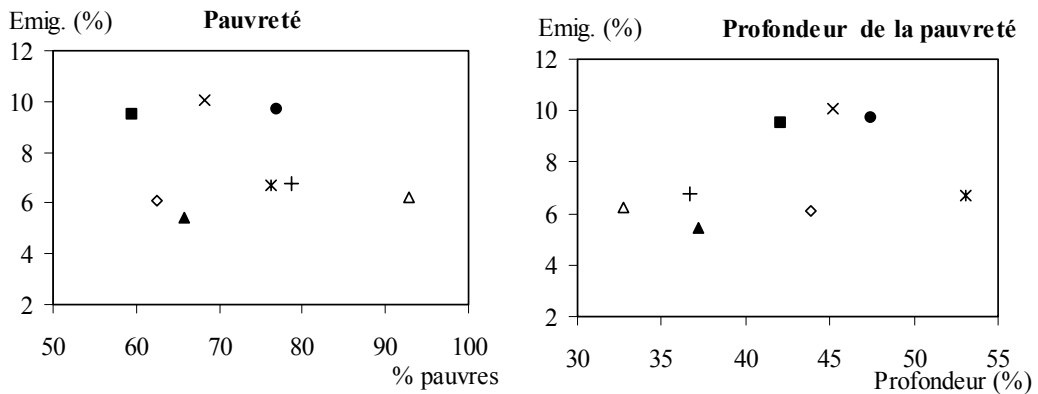
<sup>4</sup> Compte tenu du petit nombre d'observations (8 régions), seule une des neuf corrélations est statistiquement significative au seuil de 10 %, celle portant sur la profondeur de la pauvreté et l'accroissement migratoire.



**a. Pauvreté et accroissement migratoire**



**b. Pauvreté et immigration**



**c. Pauvreté et émigration interne**

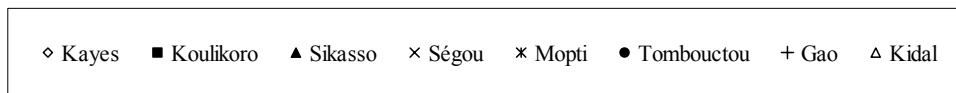


Figure 1  
Corrélation entre les indicateurs de pauvreté et les indicateurs de migration

C'est avec l'accroissement migratoire que les indicateurs migratoires s'avèrent le plus fortement corrélés : le déficit démographique du aux migrations est d'autant plus élevé que la profondeur de la pauvreté est importante. Les régions de Sikasso et de Kidal où la répartition des équipements socio-économiques est la mieux assurée<sup>5</sup> bénéficient d'une dynamique de peuplement. À l'inverse la région de Tombouctou se caractérise à la fois par une forte carence des infrastructures socio-économiques et par le déficit migratoire le plus élevé du Mali. Les régions de Koulikoro, Kayes et Ségou se situent dans une position intermédiaire avec un solde migratoire négatif mais modéré et une profondeur de la pauvreté proche de la moyenne nationale. Les régions de Gao et de Mopti s'inscrivent hors de la tendance générale, avec, pour la première, un déficit migratoire plus élevé que n'aurait pu le laisser penser la profondeur de la pauvreté et, pour la seconde, un déficit migratoire relativement faible, en comparaison de la profondeur de la pauvreté (la plus forte au Mali).

Des schémas moins réguliers apparaissent quand on sépare les deux composantes migratoires (immigration et émigration). L'association immigration/pauvreté présente un schéma en paliers articulé autour d'une sorte de seuil de pauvreté (situé autour de 70 % pour la pauvreté générale, autour de 25 % pour la grande pauvreté et de l'ordre de 40-45 % pour la profondeur de la pauvreté). Les régions avec un niveau de pauvreté inférieur à ce seuil (Sikasso, Koulikoro et Kayes) accueillent une proportion relativement élevée d'immigrés tandis que celles dont le niveau de pauvreté se situe au-delà (Kayes, Tombouctou, Mopti, et, en position intermédiaire, Ségou) en accueille peu. Le poids de l'immigration est sensiblement le même au sein de ces deux groupes mais n'y varie pas en fonction du niveau de pauvreté : l'attractivité de la région dans la démarche migratoire semble ainsi relève d'une appréciation qualitative de la pauvreté, opposant les régions les « moins pauvres » et les « plus pauvres ».

Le niveau d'émigration interne ne présente pas de corrélation avec l'incidence de la pauvreté générale. Une association apparaît en revanche avec la profondeur de la pauvreté (ainsi qu'avec l'incidence de la grande pauvreté), mais avec un schéma double. Se distinguent en effet les régions Kayes, Mopti et Sikasso qui présentent des indicateurs d'émigration proches mais de grandes différences dans la profondeur de la pauvreté. Ces régions ont en commun d'être fortement engagées dans la migration internationale, ce qui explique probablement le niveau relativement faible de l'émigration interne et, peut-être, l'absence de corrélation observée avec l'indicateur de pauvreté. L'examen de la relation entre pauvreté et émigration nécessiterait, en particulier pour ces régions, une mesure globale de l'émigration (interne et internationale). Dans les autres régions, la relation entre émigration interne et pauvreté est vérifié dans le sens attendu : avec un niveau d'émigration plus faible dans les régions où la profondeur de la pauvreté est la plus faible (Kidal, Gao) et plus élevé dans celles où elle est la plus importante (Tombouctou, Ségou, Koulikoro).

---

<sup>5</sup> Il semble bien que ce soit la répartition des infrastructures plus que leur quantité qui joue sur les migrations : ainsi la région de Kidal qui s'avère mal équipée (niveau de pauvreté générale élevée) mais avec une proportion modérée de localités non pourvues d'équipements (proportion de très pauvres et profondeur de la pauvreté) bénéficie d'une croissance migratoire positive.

## Éléments contextuels

Si l'analyse statistique de l'association entre pauvreté et migration met en évidence des régularités générales, elle fait aussi apparaître les limites de l'exercice. Selon les indicateurs retenus, la corrélation est plus ou moins claire et les points excentrés rappellent que les comportements humains, ici la migration, se laissent difficilement inscrire dans une détermination univoque. Les limites de l'exercice tiennent en partie à celles des indicateurs utilisés : la pauvreté est mesurée ici sous l'une de ses facettes seulement (par la disponibilité et l'accessibilité des infrastructures socio-économiques), l'émigration n'est saisie qu'au niveau interne, les régions sont des ensembles géographiques vastes qui peuvent être très hétérogènes... Mais en outre, les régions sont traitées indépendamment de leurs caractéristiques géographiques, historiques, économiques et sociales : or ce contexte définit des opportunités et des contraintes qui, par delà les niveaux objectifs de la pauvreté, vont jouer sur les comportements migratoires des populations. Nous nous proposons, dans cette partie, de discuter la relation pauvreté/migration en complétant les résultats statistiques d'éléments contextuels. Il s'agira d'apporter des éléments de compréhension des associations mises en évidence au niveau statistique mais aussi, en retour, de souligner les remises en question qu'elles imposent à l'appréciation habituelle des inégalités géographiques au Mali.

### ***Les régions du Nord : des contraintes naturelles communes mais des statuts contrastés en terme de migration et de pauvreté***

Les contraintes du milieu naturel sont les plus fortes dans les régions du Nord (Tombouctou, Kidal, Gao) : climat désertique, potentiel limité de terres cultivables, manque d'eau potable, faible occupation humaine (densité inférieure à 2 hab./km<sup>2</sup>), enclavement... Ces contraintes sont certainement déterminantes pour expliquer d'une part les carences dans les infrastructures socio-économiques et d'autre part le faible pouvoir d'attraction de ces zones. Les régions du Mali où l'incidence de la pauvreté générale est la plus élevée sont en effet celles de Kidal, Tombouctou et Gao ; les deux dernières étant par ailleurs en queue de classement quand au niveau d'immigration.

Des contrastes notables s'affirment cependant entre les trois zones. La région de Tombouctou cumule les indicateurs défavorables : une incidence élevée de grande pauvreté (avant-dernier rang dans le classement des régions), le déficit migratoire le plus élevé du pays, associé à un niveau élevé d'émigration et un niveau très faible d'immigration. Mais le tableau est beaucoup moins sombre pour Kidal et Gao où l'incidence de la grande pauvreté est la plus faible du Mali et où l'émigration est bien inférieure à la moyenne nationale. Kidal s'affirme même comme une zone de peuplement, dont le pouvoir d'attraction est attesté par une immigration relativement élevée. Cette situation peut s'expliquer par les mesures gouvernementales. En effet, l'État a beaucoup investi dans cette région en matière d'infrastructures sanitaires, scolaires. En même temps, beaucoup de projets ont été orientés vers la région et de nombreuses ONG interviennent dans le cadre des projets de développement. L'existence d'une bipolarité dans l'organisation économique familiale, associant migrant et résidant, est un facteur qui contribue probablement à modérer l'incidence de la grande pauvreté et le niveau de l'émigration dans ces régions, notamment celle de Gao. Les Sonraï investissent ainsi dans des commerces en ville, nommés « *koroboro-bitigui* », à Bamako et dans les principales villes du pays, dont le bénéfice

permet l'entretien et par-là même le maintien au village des familles. Cette pratique toucherait près d'un quart (22 %) de la population de la région de Gao (ODHD, 1999).

***Régions de Mopti et de Ségou: pression sur les ressources, incidence élevée de la grande pauvreté et faible attraction migratoire***

Proches des régions du Nord, les régions de Mopti et de Ségou bénéficient au premier abord d'un environnement moins ingrat : climat sahélien, activités économiques autour du fleuve Niger (pêche, maraîchage, transports), carrefours commerciaux, et, pour la région de Mopti, retombées du tourisme en pays dogon... Pourtant ces régions présentent une incidence de grande pauvreté très élevée et un pouvoir d'attraction migratoire faible, soit une situation comparable, sinon plus défavorable encore qu'à Tombouctou.

Plusieurs facteurs peuvent être évoqués pour expliquer cette situation :

- *l'hétérogénéité du milieu.* La région de Mopti comme celle de Ségou comprennent les bassins d'activités autour du fleuve mais aussi des zones orientales plus reculées, enclavées et soumises à des conditions climatiques difficiles, comme les falaises dogon (Bandiagara, Hombori...) ou les villages des cercles de San et Tominian. L'indicateur de grande pauvreté tel que nous l'avons défini, mesure principalement les inégalités dans l'accès aux structures socio-économiques (santé, éducation, eau, banque de céréales) et traduit ainsi la représentation importante de ces populations qui en sont dépourvues ou peu pourvues. La littérature rend compte de l'émigration importante au sein de ces populations, confrontées aux contraintes de leur environnement (manques de terre, aridité...). Cette migration parfois saisonnière prend aussi la forme de migrations familiales définitives orientées vers des zones aux potentialités agricoles plus prometteuses, dans les régions de Sikasso et de Koulikoro pour les ressortissants de la région de Ségou, dans les régions de Sikasso et de Ségou pour les ressortissants de la région de Mopti. Ainsi la mise en valeur des zones irriguées de Kléla et de Sélingué – deux localités toutes situées dans la région de Sikasso – a en grande partie été assurée par des populations originaires de la région de Mopti, notamment des communautés dogon et bozo (Cissé, 1994). Les zones gérées par l'Office du Niger (région de Ségou) sont une autre destination de ces populations où elles se consacrent à la culture du riz et au maraîchage.

- les régions de Mopti et de Ségou se caractérisent aussi, avec celle de Sikasso, par les niveaux de *densité les plus élevés* du Mali (25 hab./km<sup>2</sup> à Ségou et 19 hab./km<sup>2</sup> à Mopti) ce qui génère des pressions sur les ressources, un accès plus difficile aux terres de culture et s'accompagne de conflits entre agriculteurs et éleveurs, notamment dans la région de Mopti où les éleveurs Peulhs sont fortement représentés (CSLP, 2002).

- dans la région de Mopti, *l'accueil de populations démunies venant des régions voisines* est un autre facteur qui pèse vraisemblablement sur le niveau de la pauvreté. En effet, encadrée par des régions pauvres, elle constitue un débouché immédiat pour les émigrés des zones environnantes. Il est donc probable que cette immigration, même modérée, sélectionne les populations les plus démunies et contribue au maintien d'un niveau de pauvreté élevé dans la région. De fait, plus de la moitié des immigrés viennent des régions de Tombouctou et de Ségou.



***Région de Sikasso : une dynamique de peuplement portée par des atouts naturels et un niveau de pauvreté faible***

La région de Sikasso se distingue clairement des autres régions du Mali à la fois par des conditions naturelles bien plus favorables qu'ailleurs et une répartition assez satisfaisante des infrastructures socio-économiques (niveau faible de l'incidence de la grande pauvreté). Avec une grande disponibilité de terres fertiles et d'eau et des conditions climatiques satisfaisantes, elle offre des conditions de culture et de sécurité alimentaire dont ne bénéficie aucune des autres régions du Mali. Il n'est donc pas surprenant qu'elle présente, après Bamako, le niveau d'immigration le plus élevé et soit le principal lieu de destination des migrations internes, en particulier celles des populations d'agriculteurs des régions de Ségou, Mopti et Koulikoro. Cette situation favorable explique également que l'émigration soit peu fréquente vers les autres régions maliennes, moins bien pourvues, mais s'orientent davantage vers la Côte d'Ivoire voisine. Cette zone de peuplement affiche aujourd'hui le niveau le plus élevé d'accroissement démographique du pays (2,8 % en moyenne annuelle sur la période intercensitaire 1987-98 contre 1,6 % sur la période 1976-87) et partage avec la région de Ségou le premier rang en terme de densité de population (25 hab./km<sup>2</sup>). Cet essor démographique a été un facteur favorable au développement économique de la région mais il pourrait, à moyen terme, conduire à une situation de saturation foncière et de pression sur les ressources, que connaissent déjà les autres régions agricoles du pays.

***La région de Koulikoro : une dynamique migratoire conditionnée par la proximité de la capitale***

La région de Koulikoro présente un profil de pauvreté intermédiaire, proche de celui de Kayes. Moins enclavée que cette dernière, elle bénéficie aussi d'une situation plus favorable en terme de conditions climatiques et de ressources agricoles. Les principales contraintes relèvent de l'insuffisance d'aménagements hydroagricoles et d'une organisation du crédit bancaire insuffisante pour porter le développement du commerce et plus largement de la petite entreprise. Mais ces contraintes ne sont vraisemblablement pas les paramètres essentiels du profil migratoire de la région. Caractérisé par une forte mobilité, à la fois en terme d'émigration et d'immigration, celui-ci s'explique avant tout par la proximité de la capitale. La région de Koulikoro apparaît en effet comme une zone intermédiaire, dont l'immigration est alimentée par les régions environnantes (Ségou, Sikasso, Kayes) et l'émigration massivement orientée vers Bamako.

***La région de Kayes : des potentialités sous-exploitées, une dynamique migratoire internationale inscrite dans l'histoire***

La région de Kayes se caractérise par un niveau de pauvreté comparable à la moyenne nationale et des échanges migratoires faibles avec les autres régions du Mali. Elle est cependant la région du Mali la plus touchée par les migrations internationales et connaît à ce titre un déficit migratoire global bien plus important que ne l'évoquent les indicateurs de migrations internes. L'articulation entre pauvreté et migration y est peu évidente. En effet la région bénéficie, outre l'équipement relativement satisfaisant en terme d'infrastructures socio-économiques (mesuré par les indicateurs de pauvreté présentés), de potentialités sous-exploitées qui pourraient contribuer à attirer d'autres populations ou à freiner l'émigration internationale : ressources minières, barrage de Manantali, terres irrigables... Le niveau faible des immigrations en provenance des autres régions du Mali tient probablement en

grande partie à l'enclavement dont souffre la région. L'importance de la migration internationale est quant à elle plus vraisemblablement à rapporter à la tradition migratoire de cette population qu'aux conditions objectives dans lesquelles elle s'inscrit aujourd'hui : engagée à large échelle dès la fin du dix-neuvième siècle, la pratique migratoire des Soninké s'est organisée vers l'Europe dès les années cinquante pour s'affirmer comme une véritable spécialisation, un comportement identitaire qui s'impose aux individus (Quiminal, 1991 ; Gubert, 1999). Il est probable par ailleurs que le niveau modéré de la pauvreté dans cette région résulte, pour partie, de cette dynamique migratoire, les migrants contribuant par leur aide au développement de la région (voir plus loin).

### **Les migrations : facteur de réduction ou de maintien de la pauvreté ?**

Si la pauvreté est un déterminant de la mobilité des populations, la migration est aussi un élément d'une stratégie de lutte contre la pauvreté dont on pourrait penser qu'elle contribue en retour au développement local. Nous en discuterons en prenant en considération deux points de vue : d'une part les effets de l'émigration sur l'organisation économique, d'autre part les flux de moyens qu'elle est susceptible de générer en faveur du développement local

#### ***Migration et conditions de production***

L'émigration a pour effet premier de diminuer la population sur place et donc d'alléger la pression sur les ressources ; elle contribue à ce titre à soulager la pauvreté sur le lieu de départ. Mais, quand elle touche inégalement les sexes et les générations, comme c'est généralement le cas au Mali, elle a aussi pour effet de modifier la composition de la population locale et d'imposer de nouvelles contraintes dans l'organisation de la production.

Ainsi, dans la région de Kayes, l'émigration des hommes adultes se traduit par un manque de bras valides, des carences en main-d'œuvre, et un niveau de sous-production. La production céréalière constatée dans les familles avec émigré est inférieure de 25 % à celle des familles sans émigré (337 kg/tête contre 436 kg/tête) (Gubert, 1999).

Un schéma du même ordre a été observé chez les communautés dogon de Bandiagara touchées par l'émigration en direction de la région de Sikasso : la population restée sur place présente une structure déséquilibrée, marquée par une faible représentation des classes d'âges adultes et une sur-représentation des personnes âgées (Cissé, 1994 ; Cissé, 1998). À cette pauvreté structurelle sur le lieu de départ s'ajoutent les contraintes générées sur le lieu de la migration en terme de risque écologique (menaces de désertification liées à la surexploitation agricole, au surpâturage et à la déforestation) et de déséquilibre social (accentuation des inégalités sociales selon le statut d'occupation des sols et l'ancienneté de l'installation).

#### ***Migration et contribution matérielle à l'amélioration des conditions de vie des populations d'origine***

L'apport matériel des migrants internes à leur milieu d'origine n'est pas négligeable mais consiste essentiellement en des aides ponctuelles destinées à la famille d'origine.

La contribution des migrants internationaux s'avère plus substantielle. Ainsi les flux financiers transférés par les Maliens de l'Extérieur à travers les réseaux bancaires ont été estimés à 52 milliards 507 millions de francs CFA en 1999. Ce chiffre est passé à 113

milliards 280 millions de francs CFA en 2000, auxquels il faut ajouter près de 61 milliards de francs CFA ayant transité par les « circuits mallette » (Diarra, 2001). L'ensemble de ces flux financiers représente non seulement pour les familles mais aussi pour le Mali une importante source de devises qui confortent la position de change du pays.

L'envoi d'argent est pour le migrant le signe de sa réussite, un élément essentiel de l'entretien des relations avec sa famille et la source d'une reconnaissance sociale de la part de sa communauté d'origine. Chez les émigrés de la région de Kayes résidant en France elle apparaît comme une véritable obligation sociale et un frein réel à la constitution d'une épargne personnelle. Le montant annuel moyen envoyé par famille en 1996 y était de 1,7 millions de FCFA (montant réuni par un ou plusieurs émigrés), une somme bien supérieure à toutes celles générées par les activités locales. Pour la même année, les familles avaient reçu en moyenne 29 000 FCFA de leurs parents émigrés en Afrique de l'Ouest, 106 000 FCFA de ceux qui résidaient en Afrique Centrale et 201 000 F CFA de ceux résidant dans d'autres régions du monde (Gubert, 1999). Ces envois d'argent sont en premier lieu destinés à couvrir les dépenses de consommation courante de la famille (ordonnances médicales, frais de scolarisation des enfants, impôts, rémunération des saisonniers agricoles) (Gubert, 1999 ; Cissé, 2000).

La contribution des émigrés internationaux ne se réalise pas seulement au profit de la famille, elle est aussi orientée en faveur du développement du milieu d'origine. Les communautés migrantes s'organisent pour réunir des fonds en faveur de projets villageois et décider de leur affectation sur place ; elles s'affirment ainsi comme de véritables opérateurs de développement. Dans le cercle de Yélimané, l'ensemble des réalisations des migrants est évalué à près de 7 milliards de francs CFA (Gubert, 1999). À l'échelle de la région de Kayes, 64 % des infrastructures existant dans les villages sont attribuées aux migrants (Gubert, 1999). Les priorités retenues dans la région de Kayes à partir de 1985 concernent la santé, la sécurité alimentaire, l'eau et les écoles (Daum, 1998 ; ODHD, 1998). Cependant, les migrants investissent de plus en plus dans des actions de développement durable comme le désenclavement (route, téléphonie), l'hydraulique villageoise, et l'irrigation de petits périmètres pour la sécurité alimentaire (Daum 1998 ; Gubert, 1999). La migration internationale a fait de certains membres de la famille des migrants des opérateurs qui développent l'activité commerciale sur place malgré l'enclavement de la région (CMD/OMI, 2000).

## CONCLUSION

Au Mali, comme ailleurs en Afrique sub-saharienne, la migration est attribuée en premier lieu aux contraintes économiques : « *on va chercher ailleurs ce qu'on ne peut trouver sur place* ».

Les indicateurs agrégés confirment dans une large mesure l'association énoncée par les intéressés entre pauvreté et migration. Classé parmi les pays les plus défavorisés du monde, le Mali est un pays d'émigration. À l'échelle nationale, c'est Bamako, la capitale économique et politique, qui bénéficie principalement de la redistribution des populations liée aux migrations internes.

L'articulation entre pauvreté et migration se vérifie aussi à l'échelle régionale, mais en partie seulement. Ainsi la région de Sikasso, qui bénéficie de conditions naturelles

favorables et d'une répartition satisfaisante des infrastructures socio-économiques, s'affirme comme un pôle d'attraction migratoire. À l'opposé, la région enclavée et désertique de Tombouctou, où l'encadrement sanitaire, scolaire... est faible, connaît un déficit migratoire élevé. La corrélation entre les indicateurs de migration et de pauvreté (appréciée ici en terme d'infrastructures socio-économiques) des régions s'avère cependant relativement lâche. Elle est modulée par les caractéristiques propres au contexte : enclavement et contraintes climatiques, caractéristiques des régions environnantes, pression démographique, organisation des relations entre les migrants et leurs familles, histoire migratoire passée ... sont autant de facteurs qui interviennent dans la relation, mais de façon variable selon les régions.

Il s'avère par ailleurs que le niveau des migrations dans une région ne dépend pas tant du niveau général d'équipement en infrastructures socio-économiques (« incidence de la pauvreté ») que des inégalités d'accès à ces services. Les régions que les gens quittent sont celles où les populations privées d'encadrement socio-économique (« incidence de la grande pauvreté ») sont nombreuses. C'est donc à la répartition régulière des infrastructures sur le territoire, plus qu'à leur quantité, qu'il conviendrait de veiller dans le cadre d'une politique de lutte contre la pauvreté et l'exode.

## ***BIBLIOGRAPHIE***

- BANQUE MONDIALE, 1984. – *Programmation décennale des investissements : étude du développement urbain de Bamako*. – Banque mondiale, Groupe Huit, B.C.E.O.M., S.N.E.D., 472 p. [Direction du projet urbain]
- BOCQUIER Philippe et DIARRA Tiéman (coordonné par), 1999. – *Population et société au Mali* – Paris, L'Harmattan, 204 p.
- BOCQUIER Philippe et DIARRA Sékouba, 1999. – Migrations internes et internationales, in : Philippe BOCQUIER et Tiéman DIARRA (coordonné par), *Population et société au Mali*, p. 64-74 – Paris, L'Harmattan, 204 p.
- CISSE Ibrahima, 1994. – *Migrations agricoles au Mali*. – Paris, L'Harmattan, 73 p. [Cahier du CIPED, N° 18]
- CISSE Pierre, 1998. – *Migrations et organisation socio-économique dans les régions de Sikasso et Mopti*. – Bamako, Université du Mali, ISFRA-Bamako, 250 p. [Thèse]
- CISSE Pierre, 2000. – *Rapport provisoire sur organisation sociale et accès aux ressources : cas des migrants maliens commerçants à Douala et Yaoundé (Cameroun)*. – Bamako, CNRST/NUFU, 34 p.
- CONDE Julien, 1986. – *Les migrations internationales Sud - Nord : évolution jusqu'en 1981 des lois et règlements concernant l'immigration dans les pays de L'OCDE*. – Paris, Centre de développement de l'Organisation de coopération et de développement économique, 47 p.
- CSLP (Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté), 2002. – *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté 2002*. – 89 p.

- Cellule Migration Développement (CMD) et Office des Migrations Internationales (OMI), 2000. – *La Table ronde de Kayes*. [Internet].
- DAUM Christophe, 1998. – *Les associations des Maliens en France, migrations, développement et citoyenneté*. – Paris, Karthala, 253 p.
- DIARRA Bassirou, 2001. – *Communication sur l'apport des Maliens de l'extérieur dans le développement de l'économie nationale et la politique de retour du conseil économique, social et culturel*. – Bamako, 26 p.
- EMMU, 1996. – *Enquête malienne sur la migration et l'urbanisation en Afrique de l'Ouest. Rapport descriptif national*. – Bamako, CERPOD - DNSI, 168 p.
- GUBERT Flore, 1999. – La participation des Maliens de France au développement de la région de Kayes, in : Philippe BOCQUIER et Tiéman DIARRA (coordonné par), *Population et société au Mali*, p. 103-121 – Paris, L'Harmattan, 204 p.
- ISH (Institut des sciences humaines), 1984. – *L'exode des femmes au Mali : la main d'œuvre domestique féminine à Bamako et à Ségou*. – Bamako, 64 p.
- ISH (Institut des sciences humaines), 1991. – *Les migrations féminines au Mali : la main-d'œuvre domestique féminine*. – Bamako, 114 p.
- LEE Everett S., 1966. – A Theory of Migration, *Demography*, vol. 3, n°1, pp. 47-57
- LEWIS A.W., 1954. – Economic Development with Unlimited Supplies of Labour, *The Manchester School of Economic and Social Studies*, vol. 22, p. 139-191.
- MINISTERE DES AFFAIRES ÉTRANGERES ET DES MALIENS DE L'EXTERIEUR, 1995. – *La diaspora malienne*. – Bamako.
- MINISTERE DELEGUE CHARGE DES AFFAIRES ÉTRANGERES ET DES MALIENS DE L'EXTERIEUR, 2003. – *Forum de la diaspora malienne*. – Bamako.
- ODHDH (Observatoire du Développement Humain Durable), 1999. – *Croissance, équité et pauvreté. Rapport national sur le développement durable au Mali*. – Bamako, ODHDH, Bamako.
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement), 2003. – *Rapport sur le développement humain 2003*. – Paris, Economica, 376 p.
- PISON Gilles, 2003. – Tous les pays du monde (2003), *Population et sociétés*, n° 392, 8 p.
- QUIMINAL Catherine, 1991. – *Gens d'ici, Gens d'ailleurs*. – Paris, Christian Bourgeois, 222 p.
- REPUBLIQUE DU MALI, 1991. – *Recensement général de la population et de l'habitat 1987. Analyse . Tome 2, Mouvement de la population. Natalité – Fécondité – Mortalité – Migration*. – Bamako, Ministère du Plan, Bureau central de recensement, DNSI, 191 p.
- REPUBLIQUE DU MALI, 1985. – *Analyse du recensement de 1976, caractéristiques démographiques. Tome III*. – Bamako, Ministère du Plan, Bureau central de recensement, DNSI, 243 p.
- REPUBLIQUE DU MALI, 2001. – *Enquête Malienne d'Evaluation de la Pauvreté (EMEP)*, Bamako, Ministère du Plan, DNSI.
- REPUBLIQUE DU MALI, 2001. – *Recensement général de la population et de l'habitat : avril 1998 : résultats définitifs. Vol. 1. Série démographique* – Bamako, DNSI, 732 p.
- TODARO M., 1969. – A Model of Labor Migration and Urban Unemployment in Less Developed Countries, *The Amer. Econ. Review*, 59, p. 138-148.

**ANNEXE 1**  
**Répartition de la population résidant au Mali au recensement de 1998**  
**selon la région de naissance et la région de résidence**

Région de naissance	Région de résidence										Total
	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tombouctou	Gao	Kidal	Bamako	Total	
Kayes	1 311 630	14 100	7 710	6 138	2 100	899	1 160	55	52 737	1 396 539	
Koulikoro	11 396	1 444 573	23 489	21 396	3 034	442	787	115	91 660	1 596 892	
Sikasso	3 438	14 848	1 637 309	20 313	4 221	670	655	49	49 546	1 731 049	
Ségou	13 728	25 069	37 825	1 553 912	15 575	3 574	3 027	759	74 369	1 727 838	
Mopti	2 315	10 367	19 781	25 781	1 415 418	3 584	1 215	103	38 914	1 517 478	
Tomb.	789	4 695	3 457	4 666	16 703	460 698	2 469	288	16 545	510 310	
Gao	615	2 646	2 230	3 884	4 330	2 522	377 533	1 437	9 722	404 919	
Kidal	111	398	253	326	183	96	425	39 041	811	41 644	
Bamako	8 572	33 451	12 227	11 268	4 797	1 831	1 783	151	632 759	706 839	
Etranger	21 722	20 360	37 876	17 602	12 144	2 477	5 594	388	49 243	9 800 764	
Total	1 374 316	1 570 507	1 782 157	1 665 196	1 478 505	476 743	394 648	42 386	1 016 306	9 800 764	

**ANNEXE 2**

**Mobilité inter-régionale des migrants.**

Indicateurs issus de la comparaison entre le lieu de naissance et le lieu de résidence des individus résidant au Mali au recensement de 1998.

**Répartition (%) des immigrés (résidents nés ailleurs) selon le lieu de naissance.**

Région de naissance	Région de résidence									
	Kayes	Koulik.	Sikasso	Ségou	Mopti	Tomb.	Gao	Kidal	Bamako	Total
Kayes	-	11	5	6	3	6	7	2	14	9
Koulikoro	18	-	16	19	5	3	5	3	24	16
Sikasso	5	12	-	18	7	4	4	1	13	10
Ségou	22	20	26	-	25	22	18	23	19	19
Mopti	4	8	14	23	-	22	7	3	10	11
Tomb.	1	4	2	4	26	-	14	9	4	5
Gao	1	2	2	3	7	16	-	43	3	3
Kidal	0	0	0	0	0	1	2	-	0	0
Bamako	14	27	8	10	8	11	10	5	-	8
Etranger	35	16	26	16	19	15	33	12	13	18
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**Répartition (%) des émigrés internes (individus nés dans la région et résidant ailleurs au Mali en 1998) selon le lieu de résidence en 1998.**

Région de résidence	Région de naissance										
	Kayes	Koulik.	Sikasso	Ségou	Mopti	Tomb.	Gao	Kidal	Bko	Étrang.	Total
Kayes	-	7	4	8	2	2	2	4	12	13	7
Koulikoro	17	-	16	14	10	9	10	15	45	12	14
Sikasso	9	15	-	22	19	7	8	10	17	23	16
Ségou	7	14	22	-	25	9	14	13	15	11	12
Mopti	2	2	5	9	-	34	16	7	6	7	7
Tomb.	1	0	1	2	4	-	9	4	2	1	2
Gao	1	1	1	2	1	5	-	16	2	3	2
Kidal	0	0	0	0	0	1	5	-	0	0	0
Bamako	62	60	53	43	38	33	35	31	-	29	41
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*CINQUIEME PARTIE*

*SUIVRE LES CHANGEMENTS*

*EN MILIEU RURAL*





## **Chapitre 10**

# **LES OBSERVATOIRES DE POPULATION, OUTILS POUR ETUDIER LES CHANGEMENTS DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES DANS LES PAYS DU SUD**

*Gilles Pison*

*Institut national d'études démographiques*

*(INED, Paris, France)*

Un « observatoire de population » est une étude suivant pendant une durée longue (plusieurs années ou dizaines d'années) une population entière (ville ou ensemble de villages) en recueillant de façon régulière des informations sur les événements (naissances, décès, mariages, migrations) y survenant. Un observatoire de population se distingue d'une enquête de cohorte par le fait que c'est toute la population qui est suivie, et non une fraction d'entre elle.

Les observatoires de population se sont multipliés dans les pays du Sud depuis la fin des années quatre-vingt, en réponse à deux besoins :

- une meilleure connaissance de la santé des populations. Beaucoup de pays du Sud sont dépourvus de statistiques sanitaires fiables, et les recherches qui sont menées à partir des données hospitalières ne donnent qu'une image biaisée de la situation sanitaire, une fraction de la population ne fréquentant pas l'hôpital, ou que de façon exceptionnelle. On a donc besoin d'études en population générale pour avoir une information plus juste sur les problèmes de santé. Lorsqu'elles perdurent pendant plusieurs années dans les mêmes populations, de telles études font fonction de poste sentinelle à l'attention des systèmes de santé. Elles peuvent enfin être l'occasion de mener des essais pour évaluer de nouveaux vaccins, traitements ou stratégies de soins.

- on manque par ailleurs dans beaucoup de pays de données précises sur les niveaux et les tendances démographiques en raison de l'incomplétude de l'état civil ; les enquêtes (en particulier les enquêtes démographiques et de santé) pallient partiellement à cette situation en fournissant des indications sur les tendances. Mais elles ne permettent pas d'étudier les facteurs à l'origine des évolutions. Pour cela, on a besoin de recherches localisées sur des populations particulières suivies sur la longue durée.

Ce chapitre présente la méthode de collecte utilisée dans les observatoires de population, le type de résultats auxquels ils mènent et leur intérêt pour l'étude des changements démographiques et sanitaires dans les pays du Sud. La première partie passe en revue les différents observatoires dans les pays du Sud et examine plus en détail certaines de leurs particularités méthodologiques. La seconde partie est consacrée à la présentation de deux exemples : les observatoires de Bandafassi et de Mlomp, au Sénégal.

## **LES OBSERVATOIRES DE POPULATION, DE PLUS EN PLUS NOMBREUX DANS LES PAYS DU SUD**

Le tableau 1 donne la liste d'une vingtaine d'observatoires de population en fonctionnement dans les pays du Sud en 2003, en indiquant quelques caractéristiques pour chacun – taille de la population suivie, date du début de l'observation, durée du suivi, périodicité des passages, etc. – ainsi que deux indicateurs de mortalité : le quotient de mortalité entre 0 et 5 ans et l'espérance de vie des femmes et des hommes à la naissance. Les 22 observatoires figurant dans la liste sont membres du réseau INDEPTH (International

---

Ce texte reprend un article à paraître sous les références suivantes : Pison Gilles (à paraître) – Les observatoires de population, outils pour étudier les changements démographiques et sanitaires dans les pays du sud, *in* : Graziella Caselli, Jacques Vallin et Guillaume Wunsch (eds.), *Démographie : analyses et synthèses. Volume VIII. Observation, méthodes auxiliaires et enseignement* – Paris, Ined.

network of field sites with continuous demographic evaluation) créé en 1998 et qui fédérait 31 observatoires en 2003 (INDEPTH network, 2002). Bien qu'il existe bien d'autres observatoires dans les pays du Sud, dont certains également membres du réseau INDEPTH, la liste du tableau 1 donne une idée des caractéristiques des observatoires actuels.

### **Le regain d'intérêt pour les observatoires de population dans les années quatre-vingt-dix**

Les observatoires de population fondés avant le début des années quatre-vingt-dix sont peu nombreux dans la liste du tableau 1. Les observatoires ont longtemps étaient considérés comme des outils au coût relativement élevé au vu des résultats qu'ils fournissaient. Et comme ils ne portent la plupart du temps que sur des sous-ensembles de population au sein de populations plus vastes (nationales ou régionales), on leur reprochait leur non-représentativité à une époque où l'on manquait d'indicateurs sur les niveaux et les tendances démographiques à l'échelle de l'ensemble de la population et l'on se souciait en priorité de trouver des méthodes fiables pour les estimer. Il ne se créait donc pas beaucoup d'observatoires de population locale. Ceux qui étaient mis en place l'étaient la plupart du temps pour une période courte, quelques années seulement. L'objectif était souvent d'étudier une pathologie ou un problème de santé particulier, et d'évaluer un programme de lutte pour l'enrayer. Une fois le temps prévu initialement écoulé et les objectifs atteints, l'observation cessait.

De nombreux observatoires ont ainsi été créés par le passé mais ont cessé leur activité au bout de quelques années, ils ne figurent donc pas dans la liste du tableau 1 qui ne comprend que des observatoires en cours actuellement (en 2003). Les observatoires toujours en cours alors qu'ils ont été créés il y a plus de 20 ans sont peu nombreux – 6 sur les 22 de la liste. S'ils sont encore en fonctionnement, c'est qu'ils ont été maintenus au-delà de la période prévue initialement. Pour cela, il a fallu trouver de nouveaux objectifs afin de justifier la poursuite de l'observation. Par exemple, l'observatoire de Matlab, au Bangladesh, a été mis en place à l'origine pour effectuer des essais vaccinaux. Il s'agissait de tester l'efficacité de différents vaccins contre le choléra en vue d'enrayer cette maladie dans les régions du monde, principalement l'Asie du Sud, où elle sévissait de façon endémique. Les essais ont commencé dans la zone de Matlab en 1963 et s'y sont succédé jusqu'à la fin des années quatre-vingt (Aziz et Mosley, 1997). Dans les premières années, l'observation se limitait au repérage de tous les épisodes de diarrhée sévère grâce à une surveillance journalière dans un ensemble de villages comptant quelques dizaines de milliers d'habitants. Ce n'est qu'au bout de 3 ans, en 1966, que la nécessité d'effectuer une surveillance démographique avec relevé périodique des naissances, décès, mariages, migrations, est apparue afin de disposer à tout moment de fichiers de population à jour. En même temps que l'observation démographique était mise en place, la zone suivie était étendue jusqu'à atteindre l'effectif de 277.000 personnes en 1974. Au-delà du repérage précis des épisodes de diarrhée, en relation avec les essais vaccinaux eux-mêmes, l'étude visait à mieux connaître les maladies diarrhéiques et nutritionnelles. Mais les recherches sur le choléra et les diarrhées ne justifiaient plus que difficilement l'entretien d'un tel observatoire. En 1975 intervint un changement majeur dans les objectifs : un nouveau programme de recherche fut lancé cette année-là, visant à évaluer l'efficacité de différents programmes de limitation des naissances, notamment un projet de distribution de contraceptifs oraux et un projet d'offre de

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

services de planning familial. Par ailleurs, en 1977, pour réduire les coûts, l'observatoire fut réduit de près de 40 % (84 villages comptant 105.000 habitants furent exclus).

Tableau 1  
**Liste d'observatoires de population en fonctionnement en 2003 dans les pays du Sud.**  
 (sélection d'observatoires membres du réseau INDEPTH<sup>(1)</sup>)

Pays	Observatoire	Pop. suivie en 2000 (milliers d'hab.)	Habitat rural (R), urbain(U) ou périurb. (P)	Date de début	Durée du suivi en 2003 (années)	Interv. entre passages (mois)	Mortalité de la période 1995-1999		
							5q0 (‰) (2)	Espérance de vie à la naissance (années)	
								Fe	Ho
<b>Afrique de l'Est et du Sud</b>									
Af. du Sud	Agincourt	67	R	1992	11	12	51	69	63
Af. du Sud	Digkale	8	P	1995	8	12	45	68	62
Af. du Sud	Hlabisa	85	R	2000	3	4	-	-	-
Éthiopie	Butajira	40	R, U	1987	16	3	119	57	56
Mozamb.	Manhica	36	P, R	1996	7	4	148	58	47
Ouganda	Rakai	42	R	1988	15	10	-	-	-
Tanzanie	Dar es Sal.	70	U	1992	11	6	114	50	50
Tanzanie	Hai	154	R, P	1992	11	12	92	63	56
Tanzanie	Ifakara	60	R	1996	7	4	124	58	56
Tanzanie	Morogoro	120	R	1992	11	12	183	46	44
Tanzanie	Rufiji	85	R	1998	5	4	179	52	53
<b>Afrique de l'Ouest</b>									
Burk.-Faso	Nouna	55	U, P	1992	11	3	137	53	54
Burk.-Faso	Oubritenga	100	R	1993	10	12	188	55	52
Gambie	Farafenni	16	U	1981	22	3	170	55	51
Ghana	Navrongo	140	R	1993	10	3	183	51	47
Guinée-Bis.	Bandim	100	U, R	1978	25	3	226	39	36
Sénégal	Bandafassi	10,5	R	1970	33	12	253	48	45
Sénégal	Mlomp	7,6	R	1985	18	12	89	65	60
Sénégal	Niakhar	29	R	1962	41	3	209	54	49
<b>Asie</b>									
Bangladesh	Matlab	215	R	1966	37	1	70	66	65
Bangladesh	ORP	127	U, R	1982	21	3	86	66	62
Vietnam	Filabavi	52	R	1999	4	3	-	-	-
Source : INDEPTH network, 2002									
Notes :									
(1) Réseau INDEPTH : International network of field sites with continuous demographic evaluation of populations and their health in developing countries.									
(2) 5q0 : probabilité pour un nouveau-né de mourir avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans.									

Dans la liste du tableau 1, les sept observatoires datant d'avant 1985 sont situés au Bangladesh (Matlab et ORP) et en Afrique de l'Ouest, plus précisément dans les trois pays voisins constituant l'extrémité ouest de l'Afrique (Sénégal, Gambie, Guinée-Bissau). Aucun des observatoires de la liste datant d'avant 1985 n'est situé en Afrique orientale ou méridionale.

Le milieu des années quatre-vingt marque un tournant : les observatoires se multiplient, en particulier dans l'Est et le Sud de l'Afrique. C'est le signe d'une reconnaissance de l'intérêt de cet outil pour suivre l'évolution démographique et sanitaire des populations. Un certain nombre d'entre eux sont mis en place spécifiquement pour mesurer la mortalité et les causes de décès et fournir aux personnes en charge des politiques de soin des informations leur permettant de suivre la situation. Dans certains pays où plusieurs observatoires sont mis en place, comme le Sénégal ou la Tanzanie, l'emplacement des observatoires est choisi de façon à couvrir différentes régions ou conditions socio-économiques. En constituant un réseau d'observatoires, on remédie en partie à la non-représentativité de chacun en ayant une idée de la gamme de variations à l'intérieur du pays. À noter que la multiplication des observatoires dans les années quatre-vingt et quater-vingt-dix en particulier en Afrique orientale ou méridionale vient aussi du besoin de recherches menées en population générale sur plusieurs maladies émergentes ou ré-émergentes à cette époque, en particulier le sida et le paludisme.

## **Quelques caractéristiques des observatoires**

### ***La taille de la population suivie***

La taille de la population suivie par les observatoires membres du réseau INDEPTH varie beaucoup (figure 1a). Le plus petit compte 7.500 habitants (Mlomp au Sénégal) et le plus grand, 215.000 (Matlab au Bangladesh) ; on trouve des observatoires de toutes les tailles entre ces deux extrêmes, la taille médiane étant d'un peu plus de 60.000 habitants. Les observatoires créés dans les années récentes sont plutôt de grande taille. Un des objectifs de beaucoup d'entre eux est d'étudier la mortalité et les causes de décès à l'âge adulte et leur évolution, en relation notamment avec l'épidémie de sida. Or une norme veut qu'il faut au moins 200.000 habitants si on veut les mesurer correctement (Hayes *et al.*, 1989). Par ailleurs Matlab, qui dépasse légèrement ce seuil, est souvent considéré comme un modèle.

La taille souhaitable dépend bien évidemment des objectifs que l'on se fixe, et des moyens dont on dispose. Mais il n'est pas sûr que la précision des mesures augmente forcément avec la taille. Le maintien de la qualité de la collecte à un niveau élevé est de plus en plus difficile au fur et à mesure qu'augmente le nombre des enquêteurs et que se multiplient les niveaux hiérarchiques de contrôle.

Les exemples de Mlomp et de Bandafassi présentés dans la seconde partie de ce chapitre montrent qu'avec seulement 10.000 habitants dans chaque site, on est en mesure de faire apparaître les principales différences entre ces deux sites dans le domaine de la mortalité et des causes de décès, chez les enfants, mais aussi chez les adultes.

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

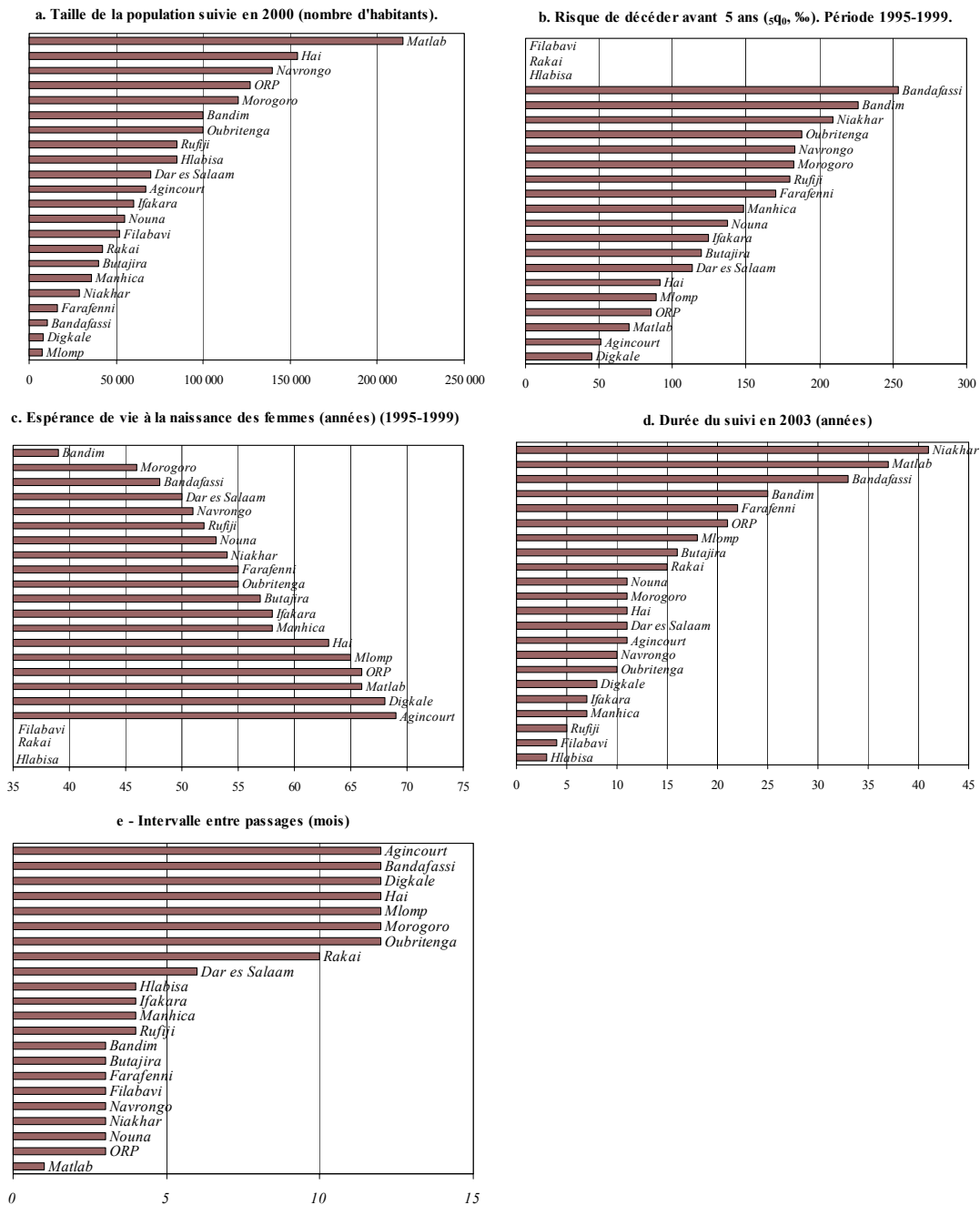


Figure 1  
**Caractéristiques des observatoires : taille de la population, mortalité avant 5 ans, espérance de vie et durée du suivi.**  
 (sélection d'observatoires membres du réseau INDEPTH)

### ***La situation sanitaire***

La situation sanitaire dans les observatoires figurant au tableau 1 est appréciée ici au moyen de deux indicateurs, le quotient de mortalité de 0 à 5 ans (figure 1b) et l'espérance de vie à la naissance chez les femmes (figure 1c), tous deux estimés pour la période 1995-1999. Ces deux indicateurs montrent une situation sanitaire très variable d'un site à l'autre. À un bout de l'échelle on trouve des populations où le quotient de mortalité de 0 à 5 ans dépasse ou approche 250 pour mille (Bandafassi, au Sénégal, et Bandim, en Guinée-Bissau) et à l'autre bout, des sites d'Afrique du Sud où il est cinq fois plus faible, se situant autour de 50 pour mille (Agincourt et Digkale). On retrouve dans la figure 6b les contrastes entre continents et régions, l'Afrique, où la mortalité des enfants est élevée, s'opposant à l'Asie, où elle est moindre, et, à l'intérieur du continent africain, l'Afrique de l'Ouest, avec une forte mortalité chez les enfants, s'opposant à l'Afrique de l'Est et du Sud, où elle est plus faible. Mais on observe aussi des exceptions : à Morogoro, en Tanzanie, la mortalité des enfants atteint un niveau d'Afrique de l'Ouest ; il s'agit d'une zone rurale pauvre et à faible densité, choisie justement pour représenter les populations dans ce type de situation. Mlomp, au Sénégal, détonne également par son faible niveau de mortalité chez les enfants pour une population d'Afrique de l'Ouest. Comme nous le verrons dans la seconde partie de ce chapitre, la population y bénéficie d'infrastructures et de programmes sanitaires de bonne qualité pour une zone rurale d'Afrique de l'Ouest.

Le classement des observatoires est assez proche avec le second indicateur, l'espérance de vie à la naissance chez les femmes (figure 1c), ce qui n'est pas surprenant étant donné que ces deux indicateurs sont corrélés aux conditions de vie en général et que la mortalité des enfants, encore élevée, pèse fortement sur l'espérance de vie à la naissance. La très faible espérance de vie observée à Bandim, en Guinée-Bissau (39 ans) tient à la conjonction de trois facteurs : un faible niveau de développement socio-économique, l'épidémie de sida et une guerre civile qui a ravagé le pays à partir de 1998. Plusieurs sites de Tanzanie ont aussi une espérance de vie à la naissance relativement faible, liée là-aussi à un faible niveau de développement socio-économique et à l'épidémie de sida.

### ***L'ancienneté des observatoires***

Nous avons déjà abordé ce sujet plus haut. La figure 1d, où les observatoires du tableau 1 sont classés par ancienneté, montre que la majorité d'entre eux sont jeunes et ont été créés il y a dix à onze ans ou moins. Comme mentionné plus haut, beaucoup de ces observatoires récents ont été créés en Afrique orientale ou méridionale.

### ***La périodicité des passages***

À la figure 1e, les observatoires du tableau 1 sont classés par intervalle en mois séparant deux passages successifs. Dans un observatoire sur trois, les passages sont annuels, et dans un peu plus d'un sur deux, ils ont lieu tous les trois ou quatre mois. Comme pour la taille de la population, il existe une norme en matière de fréquence de passage qui recommande que l'intervalle entre deux passages soit de trois mois. Mais là-aussi, la pratique doit être adaptée aux objectifs et aux moyens, et également aux contraintes locales. Et la multiplication des passages à intervalles rapprochés n'est pas forcément associée à une amélioration de la collecte.



La méthode de collecte utilisée dans les observatoires de population, le type de résultats auxquels ils mènent et leur intérêt pour l'étude des changements démographiques et sanitaires dans les pays du Sud seront illustrées par la présentation détaillée de deux observatoires figurant dans la liste du tableau 1 : Bandafassi et Mlomp au Sénégal.

## **L'EXEMPLE DES OBSERVATOIRES DE POPULATION ET DE SANTE DE BANDAFASSI ET DE MLOMP AU SENEGAL**

Les populations de deux zones rurales du Sénégal, Bandafassi et Mlomp (autour de 10.000 et 8.000 habitants respectivement en 2000) sont suivies depuis respectivement 1970 et 1985<sup>1</sup>. Après avoir été recensées, les deux populations ont fait chacune l'objet d'enquêtes à passages répétés à périodicité annuelle. Les opérations de suivi se sont poursuivies jusqu'à maintenant (2003). Lors de chaque passage sont relevés les naissances, décès, mariages et migrations survenus depuis la visite annuelle précédente. Les causes de décès sont déterminées par interview post-mortem ou « autopsie verbale ».

### **L'observatoire de population et de santé de Bandafassi**

La zone d'étude de Bandafassi est située au Sénégal dans la région de Tambacounda, dans le département de Kedougou, près de la frontière entre le Sénégal et la Guinée. Elle comprenait 11.067 habitants au 1<sup>er</sup> avril 2002. Toute la population est rurale, les principales activités étant la culture des céréales (sorgho, maïs et riz), de l'arachide et du coton ainsi que l'élevage.

La région est relativement défavorisée par rapport à la moyenne des zones rurales du Sénégal du fait de son éloignement des grands centres : Dakar, la capitale du pays, est à 700 km, et Tambacounda, la capitale régionale, à 250 km. La région de Tambacounda est elle-même la région du pays la moins bien lotie pour ce qui est des infrastructures et des programmes sanitaires (Pison *et al.*, 1995).

La population de Bandafassi est divisée en trois groupes ethniques vivant dans des villages distincts : les Bedik (28 % de la population), les Malink2 (16 %) et les Peul (57 %).

Le recensement de la population et son suivi ont été entrepris à l'origine en vue de préparer une campagne de prélèvement sanguins destinée à étudier la diversité génétique des populations de la région et à mesurer les différences de mortalité liées aux génotypes portés par les individus. L'étude devait permettre de tirer des enseignements sur les mécanismes de la différenciation génétique entre populations et sur le rôle joué par la mortalité différentielle. Le suivi de la population et notamment l'enregistrement des décès avait pour but de mesurer le niveau et les variations de la mortalité selon le sous-groupe génétique des individus. Cet objectif a cependant vite été abandonné et le recueil de données permettant de mesurer les niveaux, tendances et facteurs démographiques est devenu l'objectif majeur de l'étude (Pison *et al.*, 1997).

---

<sup>1</sup>.Programme de recherche mené par l'Institut national d'études démographiques (Paris) en partenariat avec le Ministère de la santé du Sénégal.

### ***Le suivi démographique***

La collecte de données démographiques a commencé en 1970 à Bandafassi. Après un premier recensement, chaque village a été visité une fois par an, en général entre janvier et mars. À l'occasion de chaque visite, la liste des personnes présentes lors de la visite précédente est vérifiée et des informations sur les naissances, mariages, migrations et décès (y compris leur cause) survenus depuis sont recueillies. Les informations sont données en général par le chef de chaque carré ou quelques informateurs privilégiés du village.

À son début, en 1970, l'étude ne portait que sur une partie des villages de la zone d'étude, le groupe de villages malinké. Elle a été étendue aux autres villages, en deux étapes : en 1975 ont été ajoutés les villages peul, et en 1980, les villages bedik. La durée de l'observation n'est donc pas la même pour les trois groupes de villages : 33 ans (1970-2003) pour les villages malinké, 28 ans (1975-2003) pour les villages peul et 23 ans (1980-2003) pour les villages bedik.

Les documents utilisés pour l'enquête annuelle de mise à jour comprennent :

- une liste des ménages, mise à jour après chaque passage annuel ;
- un questionnaire personnalisé, ou liste nominative des habitants de chaque ménage (encadré 1) ; cette liste est également mise à jour lors de chaque passage annuel. La liste utilisée pour l'enquête de l'année N comprend tous les habitants présents dans le ménage lors de la visite de l'année N-1. Y figurent les renseignements permettant d'identifier chacun : prénoms, patronyme, filiation, nom du conjoint, etc.

Y figurent aussi les questions à poser, communes à tous pour certaines, par exemple celles sur la présence ou l'absence, particulières à chaque catégorie pour d'autres, selon le sexe, l'âge, le statut matrimonial et l'histoire passée. Par exemple, les questions sur une éventuelle grossesse ou un éventuel accouchement depuis la visite précédente ne sont posées que pour les femmes d'âge fécond. Et pour faciliter la collecte des informations et éviter les erreurs, les deux derniers accouchements sont rappelés.

### ***La détermination des causes de décès par « autopsie verbale »***

L'observatoire de Bandafassi vise à repérer non seulement les décès, mais leurs causes. Or la plupart des décès surviennent en l'absence de médecin pour constater la mort et porter un diagnostic sur sa cause. Celle-ci est déterminée en utilisant la méthode « d'autopsie verbale ». Elle consiste à recueillir des informations sur la maladie ayant précédé chaque décès en interrogeant quelques temps après la mort la famille de la personne décédée (Desgrées du Loû *et al.*, 1996). Depuis 1984, cet interview est mené à l'aide d'un questionnaire passant en revue une liste préétablie de symptômes faciles à reconnaître : fièvre, diarrhée, déshydratation, vomissements, toux, convulsions, etc. L'enquête consiste pour chacun à demander à la famille si le malade l'avait ou non, et s'il avait le symptôme, à en faire préciser la forme en utilisant là-aussi une liste préétablie de questions. L'encadré 2 donne à titre d'exemple les questions posées en cas de diarrhée ou de dysenterie.

Le questionnaire d'autopsie verbale, une fois rempli, est lu par deux médecins qui portent chacun un diagnostic de façon indépendante. En cas de discordance, un troisième médecin fait une lecture et arbitre.



**Encadré 1 (suite)**

<b>90782</b>	<b>1</b>	<b>11 ans</b>	<b>Charo Yata</b>	<b>KANTE</b>	<b>Bandiel</b>	<b>Ne a Iwol</b>
<b>Est present?</b>		<b>oui</b>				
		<b>non</b>	<b>-&gt; Deces</b>	<b>date :</b>		
			<b>Absent</b>	<b>lieu :</b>	<b>depuis quand ?</b>	
<b>94133</b>	<b>2</b>	<b>7 ans</b>	<b>Niano Machend</b>	<b>KAMARA</b>	<b>Batialka</b>	<b>Ne a Etyes</b>
<b>Est present?</b>		<b>oui</b>				
		<b>non</b>	<b>-&gt; Deces</b>	<b>date :</b>		
			<b>Absent</b>	<b>lieu :</b>	<b>depuis quand ?</b>	
<b>95708</b>	<b>2</b>	<b>4 ans</b>	<b>Kuma Niitabi</b>	<b>KAMARA</b>	<b>Batialka</b>	<b>Ne a Etyes</b>
<b>Est present?</b>		<b>oui</b>				
		<b>non</b>	<b>-&gt; Deces</b>	<b>date :</b>		
			<b>Absent</b>	<b>lieu :</b>	<b>depuis quand ?</b>	
<b>96878</b>	<b>1</b>	<b>2 ans</b>	<b>Dondo Tungumun</b>	<b>KAMARA</b>	<b>Batialka</b>	<b>Ne a Etyes</b>
<b>Est present?</b>		<b>oui</b>				
		<b>non</b>	<b>-&gt; Deces</b>	<b>date :</b>		
			<b>Absent</b>	<b>lieu :</b>	<b>depuis quand ?</b>	

La précision et la fiabilité des diagnostics obtenus par cette méthode varient selon la cause de décès. Le tétanos néonatal est par exemple assez bien repéré de cette façon. Les signes en sont en effet assez caractéristiques et les mères s'en souviennent bien. Ainsi peut-on sans grand risque d'erreur attribuer un décès au tétanos néonatal si l'enfant est mort entre le 5<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jour après sa naissance et si l'interview permet de repérer la présence d'au moins trois des signes suivants :

- le corps raide, les jambes tendues et les bras pliés,
- des mouvements de convulsion,
- la bouche fermée et crispée, l'enfant ne voulant plus téter (le langage savant parle de « trismus », contraction des muscles masticateurs qui provoque une crispation et une fermeture de la bouche),
- une hyper salivation.

Une autre cause de décès est également bien repérée : la rougeole. Pourtant, les symptômes de la maladie sont moins faciles à identifier et moins spécifiques que dans le cas du tétanos néonatal. Cette maladie porte pourtant un nom particulier dans chaque langue et elle est bien connue des populations qui savent l'identifier lorsque survient une épidémie. Si on demande à une mère qui a perdu son enfant à cause de la rougeole s'il est mort de

“ rougeole ” (en utilisant la dénomination utilisée dans sa langue), elle se trompe rarement et son propre diagnostic peut généralement être considéré comme fiable. La diffusion des vaccinations à partir des années quatre-vingt, en provoquant une régression des épidémies, a cependant rendu l'autodiagnostic de la rougeole moins fiable.

Pour beaucoup d'autres maladies en revanche, la méthode d'autopsie verbale ne permet pas de diagnostic très fiable. C'est le cas par exemple du paludisme, facilement confondu avec d'autres maladies donnant comme lui de la fièvre.

**Encadré 2.**

**Questions posées lors d'une enquête d'autopsie verbale en cas de signes de diarrhée ou de dysenterie, afin de préciser les symptômes. Observatoire de Bandafassi au Sénégal.**

**DIARRHEE OU DYSENTERIE**

**Combien de temps cela a-t-il duré ?**

**Quand cela a-t-il commencé ?**

**Quand cela s'est-il terminé ?**

**Combien avait-il de selles par jour ?**

<b>Les selles étaient-elles</b>	<b>comme de l'eau (incolore) ?</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
	<b>comme des crachats ?</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
	<b>avec du sang ?</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>

***Les autres informations recueillies***

Parallèlement à la collecte de routine effectuée chaque année dans le cadre de la surveillance démographique, des enquêtes spécifiques sont organisées ponctuellement sur certains sujets d'intérêt particulier touchant à la population, la famille ou la santé. Le fichier de population sert dans chaque cas de base de sondage pour le tirage d'échantillons. Des enquêtes ont ainsi été menées à Bandafassi sur :

- *les vaccinations.* Deux enquêtes de couverture vaccinale ont été réalisées successivement en 1992 et 2001 pour mesurer la proportion d'enfants vaccinés et à étudier ses facteurs de variation ;

- *l'allaitement et le sevrage.* Une enquête a interviewé en 2000 un échantillon de mères ayant un enfant en bas-âge en vue de mieux connaître les pratiques alimentaires chez les jeunes enfants ;

- *la sexualité et les infections sexuellement transmissibles.* Une enquête visant à étudier les comportements sexuels, à mesurer la prévalence de plusieurs infections sexuellement transmissibles (VIH, syphilis, gonorrhée, etc.) et à analyser les facteurs de risque de ces infections a été effectuée en 1998 auprès d'un échantillon de femmes et d'hommes adultes. Elle combinait visite médicale, prélèvements de sang et d'urine et

interview sur l'histoire matrimoniale et génésique et les comportements sexuels. Elle a été suivie d'une étude sur l'efficacité de la prévention réalisée entre 2000 et 2003 à partir d'un réseau d'informateurs ;

- *le paludisme*. Des mesures entomologiques, parasitologiques et pharmacologiques ont été réalisées à plusieurs reprises afin de mieux connaître l'endémie palustre et d'en suivre l'évolution, notamment pour ce qui est de la diffusion des résistances aux traitements.

Ces enquêtes quantitatives ont souvent été précédées (et parfois suivies) d'enquêtes plus qualitatives sur les mêmes sujets, visant à préparer la collecte ou à approfondir certaines questions.

### **L'observatoire de population de Mlomp**

En 1985 un nouvel observatoire de population et de santé a été mis en place à Mlomp, dans la région de Ziguinchor, au sud du Sénégal. L'objectif était de compléter les deux observatoires de populations rurales existant dans le pays, Bandafassi, dans le sud-est du pays, et Niakhar, dans le centre-ouest par un troisième observatoire dans une région, le sud-ouest du pays (la Casamance), dont l'histoire, la composition ethnique et la situation économique sont assez différentes de celles des régions des deux premiers observatoires. Les mesures de niveaux et de tendances démographiques effectuées dans les trois observatoires devaient ainsi mieux couvrir la diversité démographique et épidémiologique du pays.

La population de la zone de Mlomp comprenait 7.591 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2000, répartis en 11 villages. La densité de population était de 108 habitants au km<sup>2</sup>. La population appartient à l'ethnie diola, et est principalement de religion animiste avec une large minorité de chrétiens et quelques musulmans. Le niveau d'instruction, bien que faible – en 2000, 55 % des femmes ayant entre 15 et 49 ans étaient allées à l'école (pendant au moins une année) – est nettement plus élevé qu'à Bandafassi. La population bénéficie par ailleurs d'infrastructures et de programmes sanitaires bien meilleurs. La zone d'étude abrite ainsi depuis 1961 un dispensaire privé tenu par des infirmières catholiques françaises et dispose depuis 1968 d'une maternité villageoise où la plupart des femmes vont accoucher. La grande majorité des enfants sont totalement vaccinés et bénéficient de programme de surveillance de la croissance (Pison *et al.*, 1993 ; Pison *et al.*, 2001).

Dans ses principes, l'observatoire de population de Mlomp utilise la même méthode de collecte qu'à Bandafassi même s'il y a quelques différences dans les détails.

### **Un exemple de résultats : l'évolution de la mortalité des enfants**

Pour illustrer le potentiel des observatoires de population pour l'étude des changements démographiques et sanitaires, nous prendrons l'exemple de la mortalité des enfants. Nous examinerons en quoi les observatoires de Bandafassi et de Mlomp nous aident à en comprendre les évolutions.

#### ***La mortalité des enfants à Bandafassi : après des progrès sensibles, une évolution en panne ?***

Les données recueillies dans l'observatoire de population de Bandafassi permettent de décrire les niveaux et les tendances de la mortalité, d'identifier les principales causes de

décès et de mesurer leurs évolutions dans la zone étudiée. La figure 2 montre l'évolution de la mortalité des enfants ( $5q_0$ , risque pour un nouveau-né né-vivant de mourir avant son 5<sup>ème</sup> anniversaire) sur une trentaine d'années. La durée de suivi n'étant pas la même selon le groupe de villages, comme mentionné plus haut, l'évolution a pu être retracée depuis 1971 pour la sous-population malinké (figure 2a), 1976 pour la sous-population peul (figure 2b) et 1981 pour la sous-population bedik (figure 2c). Durant les années soixante-dix et la première moitié des années quatre-vingt, quatre à cinq nouveau-nés sur 10 en moyenne mouraient avant 5 ans, avec de fortes fluctuations d'une année à l'autre. À partir du milieu des années quatre-vingt, la mortalité baisse jusqu'à atteindre le niveau d'un peu plus de deux décès sur 10 nouveau-nés au début des années quatre-vingt-dix. Les fluctuations annuelles de la mortalité s'atténuent par ailleurs. Les années quatre-vingt-dix montrent cependant une pause dans la baisse, et on observe même une légère remontée de la mortalité à la fin du siècle.

Ce schéma d'évolution se retrouve d'un groupe de villages à l'autre, avec de légères différences dans les niveaux. La mortalité des enfants était ainsi un peu plus élevée dans les années quatre-vingt dans le sous-groupe peul par rapport aux deux autres sous-groupes, mais en revanche, dans les années quatre-vingt-dix, elle était un peu plus faible.

Cette évolution soulève trois questions : pourquoi la mortalité des enfants fluctuait-elle tant d'une année à l'autre dans les années soixante dix et le début des années quatre-vingt ? Quelle est l'origine de la baisse de la mortalité amorcée dans la deuxième moitié des années quatre-vingt ? Pourquoi la baisse s'est-elle interrompue dans les années quatre-vingt-dix et pourquoi la mortalité a-t-elle réaugmenté dans la dernière période ?

### ***L'influence des vaccinations***

Jusqu'en 1987, la population de Bandafassi ne bénéficiait pas de vaccinations régulières. Elle avait juste été touchée par quelques campagnes de vaccinations menées à l'échelle nationale, comme celles contre la variole lors de l'éradication mondiale de cette maladie ou celles contre la rougeole en 1967 et 1969. En dehors de ces campagnes ponctuelles, seuls quelques enfants de fonctionnaires (instituteur, infirmier) étaient régulièrement vaccinés et la couverture vaccinale d'ensemble était très faible chez les enfants.

Les vaccinations sur un mode régulier n'ont commencé qu'en 1987 à Bandafassi, à l'occasion d'une campagne nationale visant à étendre à l'ensemble du pays le programme national de vaccination (PEV), qui avait débuté en 1981 mais n'avait touché jusque-là que les villes. Un effort particulier a été fait pour toucher les campagnes jusque là mal vaccinées. En l'espace de quelques mois, au 1<sup>er</sup> trimestre 1987, la couverture vaccinale (mesurée par la proportion d'enfants de 12-35 mois complètement vaccinés, c'est-à-dire ayant reçu le BCG et les vaccins contre la rougeole, la fièvre jaune, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite) est montée à 48 % à Bandafassi (Desgrées du Loû et Pison, 1994). Le programme vaccinal a été poursuivi dans les années suivantes avec l'objectif de le pérenniser, les vaccinations devant progressivement s'intégrer aux soins dispensés en routine par les infrastructures sanitaires. L'enquête menée en 1992 a montré que si l'effort vaccinal s'est poursuivi après 1987, il a varié d'une année à l'autre avec une tendance à la dégradation : en 1992, soit 5 années après le début du programme, la couverture vaccinale n'était plus que de 39 % en moyenne à Bandafassi.

LES OBSERVATOIRES DE POPULATION

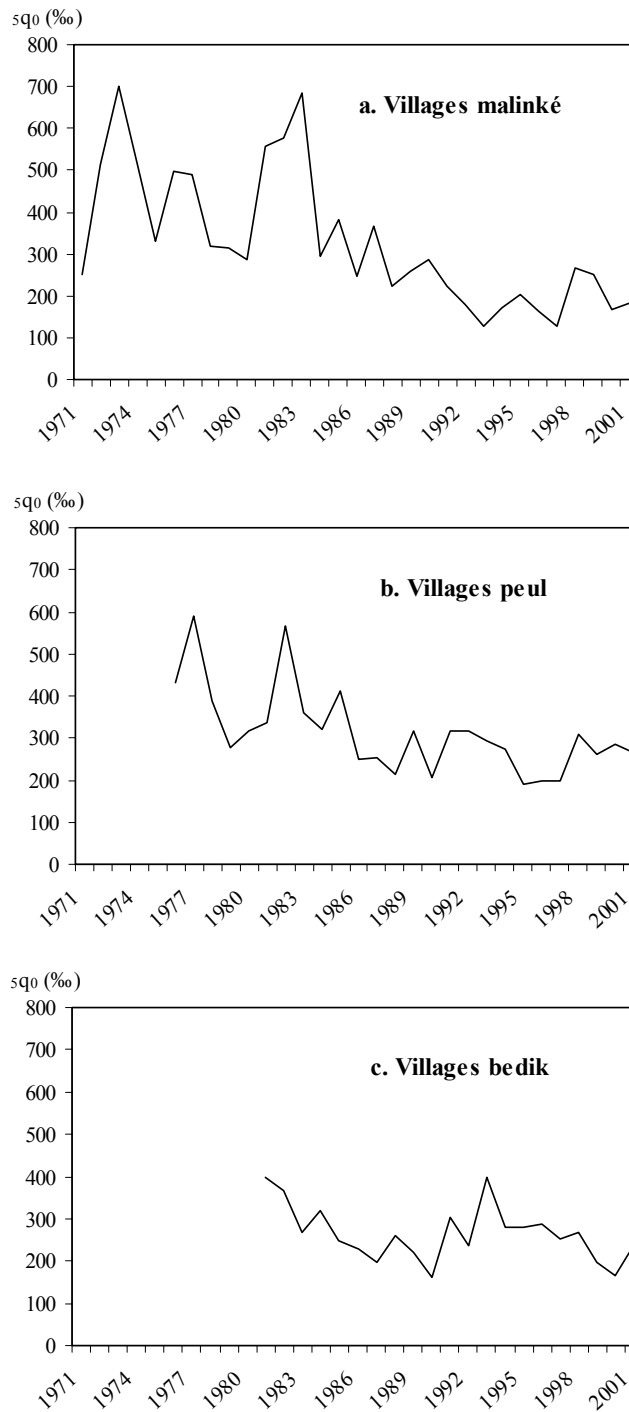


Figure 2  
**Évolution de la mortalité des enfants à Bandafassi selon le groupe ethnique**  
 Probabilité de décéder avant 5 ans (sq0, ‰)



L'entrée de la population de Bandafassi dans l'ère vaccinale a été brutale. Comme l'observatoire de population était en fonction depuis plusieurs années lorsque les vaccinations ont débuté en 1987, cette situation quasi-expérimentale a été mise à profit pour évaluer l'influence que peuvent avoir les vaccinations sur la mortalité des enfants. Si on compare la mortalité des enfants pendant les six années ayant précédé le début du programme vaccinal (1981-1986) avec celle des six années qui l'ont suivi (1987-1992), on constate une baisse de 40 %. Selon les âges, la baisse a été plus ou moins forte : 31 % dans la période néo-natale (les 28 premiers jours), 20 % entre un et huit mois et 48 % entre 9 et 59 mois. Le gros de cette baisse peut être mis sur le compte des vaccinations, aucun autre changement sanitaire n'ayant eu lieu au cours de cette période, et les conditions socio-économiques n'ayant guère varié. Les vaccinations sont la principale explication de la baisse de la mortalité des enfants montrée par la figure 2 dans la deuxième moitié des années quatre-vingt.

Que la mortalité ait baissé n'a rien d'étonnant dans la mesure où les vaccins protègent les enfants de plusieurs maladies qui sont la cause de nombreux décès. Mais l'étude détaillée des causes de décès a apporté une surprise : la baisse, qui a été importante, a dépassé celle attendue de la simple suppression des décès dus aux maladies pour lesquels les vaccins assurent une protection (Desgrées du Loû et Pison, 1995).

L'évolution de la mortalité due à la rougeole a été particulièrement spectaculaire comme nous allons maintenant le voir.

***La rougeole, une cause de décès en forte régression***

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la rougeole est une maladie que les habitants de Bandafassi savent bien identifier. De ce fait nous disposons d'informations sur les décès qui lui sont dus depuis le début de l'observation démographique, en 1970, et pas seulement à partir de 1984, date à laquelle a été introduit le questionnaire d'autopsie verbale. On peut suivre ainsi l'évolution de la mortalité due à la rougeole depuis 1970. Le tableau 2 indique les variations du taux de mortalité par rougeole en considérant quatre périodes, deux avant le début des vaccinations en 1987 : 1970-1979 et 1980-1986, et deux après : 1987-1989 et 1990-1993.

Tableau 2  
**Variations de la mortalité due à la rougeole selon l'âge et la période.**  
 Bandafassi, 1970-1993.

Période	Groupe d'âges			
	1-20 mois		21-59 mois	
	taux annuel de mortalité par rougeole (‰)	proportion de décès dus à la rougeole (%)	taux annuel de mortalité par rougeole (‰)	proportion de décès dus à la rougeole (%)
1970-1979	21,0	15	25,3	35
1980-1986	14,6	14	14,9	30
1987-1989	0,0	0	0,0	0
1990-1993	2,9	4	2,6	8

Le tableau 2 montre d'abord le changement radical intervenu en 1987. Avant cette date, la rougeole était responsable d'une fraction importante des décès : chez les enfants ayant entre 1 et 20 mois, elle était la cause d'environ un décès sur sept (14 % en 1970-1979 et 15 % en 1980-1986) et chez les 21-59 mois, d'un décès sur trois (35 % et 30 %), ce qui en faisait la première cause de décès. A partir de 1987, elle n'a plus été responsable respectivement que de 3 % et 5 % des décès à ces âges.

La figure 3, qui retrace les variations bimensuelles de ce même taux chez l'ensemble des enfants de moins de 5 ans sur toute la période, montre que la rougeole ne se manifeste dans la zone étudiée que par épidémies relativement espacées. Au cours de la période 1970-1995, il y a eu ainsi 5 épidémies : en 1973, 1976-77, 1981-82, 1985 et 1992. Les quelques enfants morts de rougeole entre ces épidémies ont été infectés et sont morts pour la plupart en dehors de la zone, lors de voyages avec leur mère. Chaque épidémie a touché une partie des villages seulement. Il se passait souvent plus de dix ans entre deux épidémies successives dans le même village avant 1987. En relation avec cet espacement, lorsqu'une épidémie touchait un village, elle le frappait massivement : en l'espace de quelques semaines, de nombreux enfants étaient malades, tous ceux nés depuis l'épidémie précédente ou presque, avec une létalité très élevée, au moins 15 % pour les épidémies de 1976-77 et 1981-82.

La mortalité par rougeole diminue beaucoup à partir de 1986, et cette quasi-disparition d'une des principales causes de mortalité est la conséquence la plus spectaculaire de l'introduction des vaccinations dans la zone d'étude.

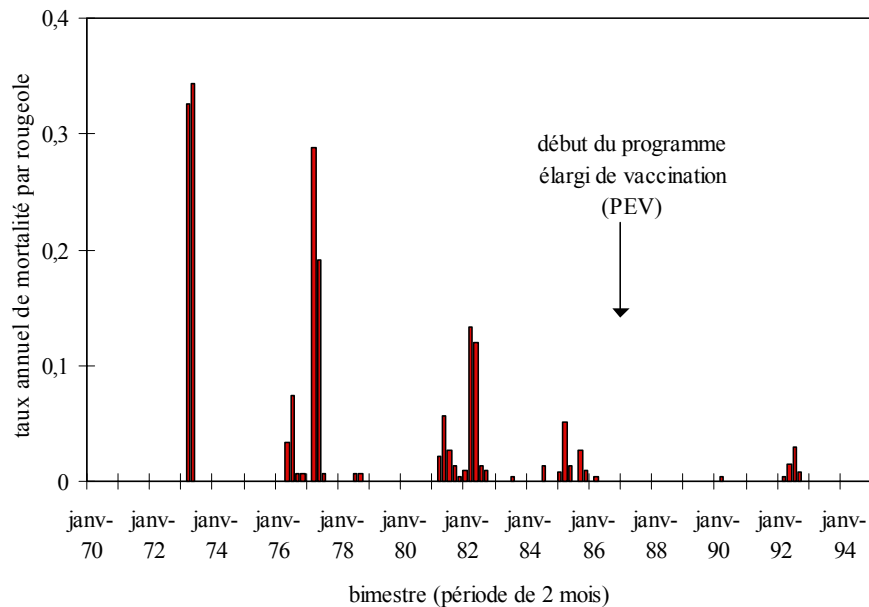
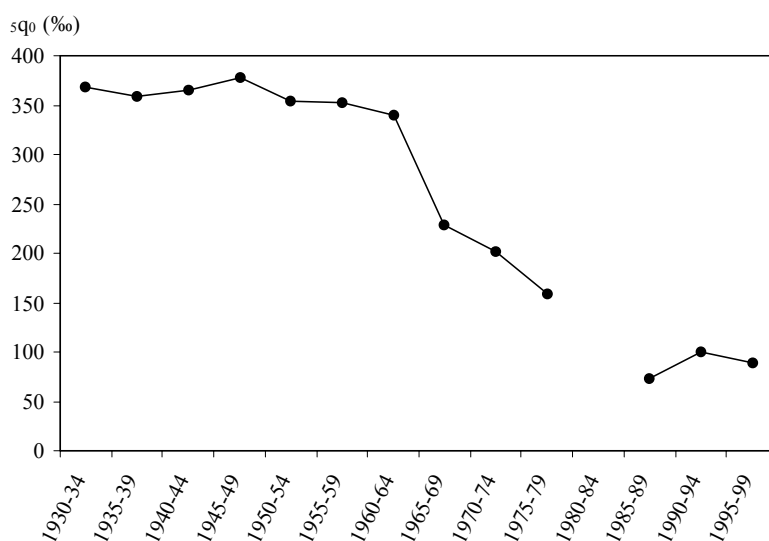


Figure 3  
**Fluctuations de la mortalité due à la rougeole chez les enfants de moins de 5 ans à Bandafassi, de 1970 à 1994.**

***L'évolution de la mortalité et des causes de décès à Mlomp, comparée à celle à Bandafassi***

La figure 4 montre l'évolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans à Mlomp depuis les années 1930, retracée de façon rétrospective à partir des histoires génésiques recueillies lors du recensement initial de 1985. Jusqu'au milieu des années soixante, le risque de décès avant 5 ans est resté à peu près au même niveau, entre 350 et 400 pour mille. À partir du milieu des années soixante, il s'est mis à diminuer pour atteindre moins de 100 pour mille dans la deuxième moitié des années quatre-vingt. Cette baisse très rapide est à mettre en relation avec les infrastructures et les programmes sanitaires mis en place dans les années soixante et soixante-dix (Pison *et al.*, 1973).



note : avant 1985, mesure par génération de naissance à partir des histoires génésiques recueillies en 1985, à partir de 1985, mesure par période, à partir des données de l'observation démographique suivie.

Figure 4  
**Évolution de la mortalité des enfants à Mlomp depuis 1930**  
 Probabilité de décéder avant 5 ans (sq0, ‰)

La figure 5 permet de comparer la mortalité et les causes de décès d'enfants à Mlomp et à Bandafassi dans la deuxième moitié des années quatre-vingt en distinguant la mortalité néonatale (figure 5a) et celle entre un mois et cinq ans (figure 5b). Nous n'avons pas d'information sur les causes de décès d'enfants à Mlomp avant les années soixante dix, lorsque la mortalité y était encore élevée, mais il est probable que les mêmes causes que celles présentes à Bandafassi dans la période récente dominaient à l'époque la mortalité à Mlomp.

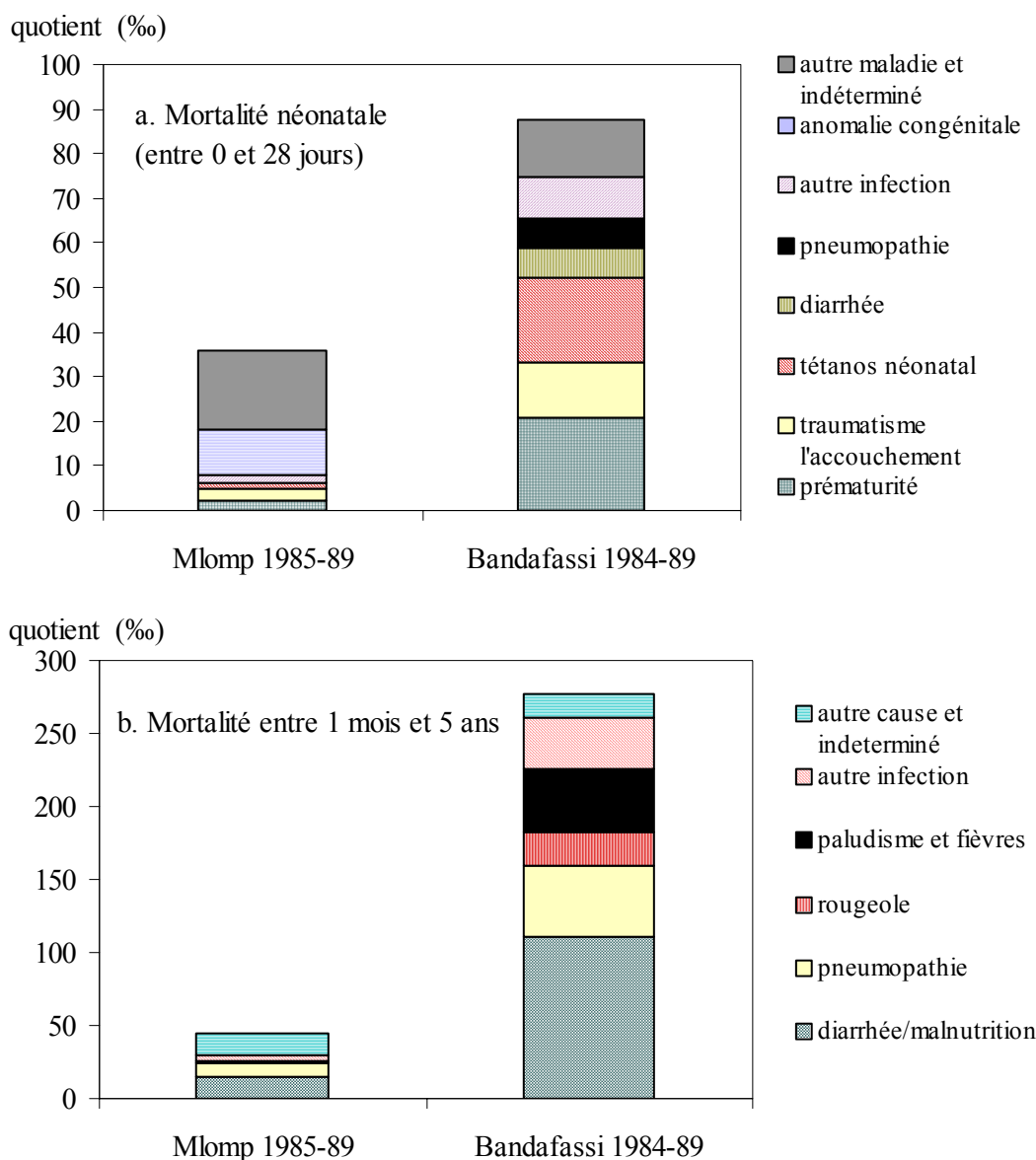


Figure 5

**Mortalité des enfants par cause de décès. Comparaison entre Mlomp et Bandafassi**

La mortalité néonatale est inférieure de plus de moitié à Mlomp par rapport à Bandafassi (36 pour mille et 87 pour mille respectivement). La différence d'ensemble tient à des écarts de mortalité pour toutes les causes importantes de décès : d'abord, le tétanos néonatal, responsable à cette époque d'un décès néonatal sur quatre à Bandafassi – il y faisait mourir près de 20 nouveau-nés sur 1000 – alors qu'à Mlomp, il en faisait mourir un sur 1000. Mêmes contrastes ou presque pour la mortalité due à la prématurité et au petit poids de naissance (2 pour mille contre 21 pour mille), ou celle liée aux traumatismes de

l'accouchement (3 contre 12), etc. Au-delà de la période néonatale (figure 5b), la différence de niveau d'ensemble de la mortalité est encore plus importante (45 pour mille contre 277 pour mille), et elle est liée là-aussi à des différences de mortalité pour chacune des causes importantes de décès : les diarrhées et la malnutrition, les pneumopathies, le paludisme, etc. Une cause encore importante de décès à Bandafassi à l'époque, quoique en diminution, la rougeole, est même absente à Mlomp. Si l'on considère que la mortalité à Bandafassi reflète celle en vigueur à Mlomp jusque dans les années soixante, la mortalité a diminué à Mlomp grâce à une baisse pour chacune des causes de décès importantes.

***Le paludisme, une cause de décès en forte réaugmentation***

Les évolutions de la mortalité des enfants montrent un arrêt de la baisse et même une remontée dans les années quatre-vingt-dix, à la fois à Bandafassi et à Mlomp. L'une des raisons est une remontée sensible de la mortalité due au paludisme.

Nous l'avons dit plus haut, le paludisme est une cause de décès que la méthode d'autopsie verbale repère mal car elle est difficile à distinguer d'autres maladies donnant comme elle de la fièvre. Dans le cas de Mlomp cependant, la mortalité qui lui est due a pu être retracée de façon assez précise car beaucoup d'enfants morts avec de la fièvre ont consulté au dispensaire local et ont fait l'objet d'un examen de laboratoire (goutte épaisse) permettant de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de paludisme.

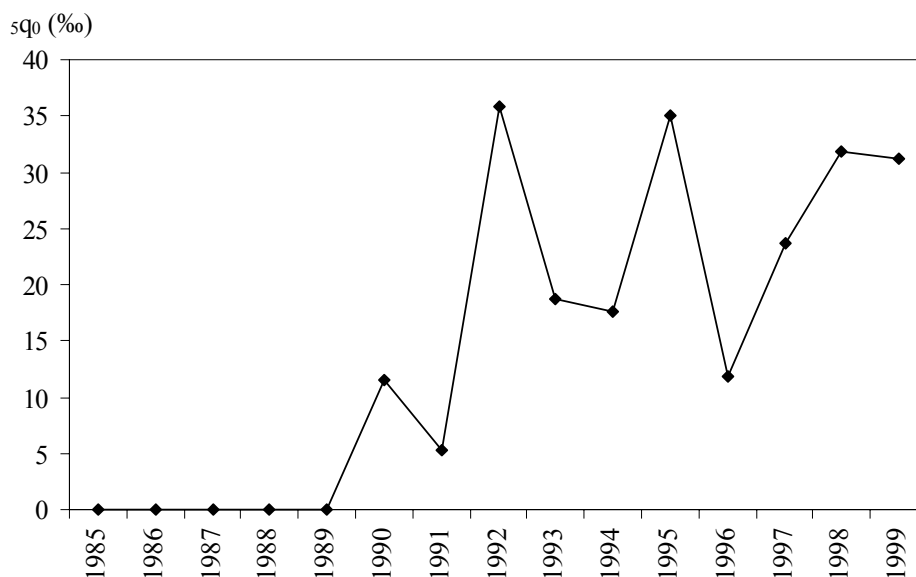


Figure 6  
**Évolution de la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans à Mlomp (5q0)**

La figure 6 montre l'évolution de la mortalité due au paludisme à Mlomp depuis 1985. Elle était très faible jusqu'en 1989, un signe du succès de la lutte engagée contre le

paludisme par le dispensaire dans les années soixante dix et quatre-vingt. La mortalité due au paludisme a augmenté fortement entre 1990 et 1992 et est restée depuis cette date à un niveau élevé. Cette augmentation est liée en grande partie à l'arrivée et la diffusion de souches de paludisme résistant à la chloroquine, médicament largement utilisé par la population à la fois de façon préventive et curative, pour le traitement des accès de fièvre, et qui avait justement permis auparavant la forte réduction de la mortalité palustre (Trape *et al.*, 1998). La mortalité palustre a également réaugmenté à Bandafassi et dans le troisième observatoire de population du Sénégal (Niakhar). C'est l'une des raisons de la remontée de la mortalité des enfants toutes causes de décès confondues dans les années quatre-vingt-dix. A noter que contrairement à certains pays d'Afrique fortement touchés par le sida, le Sénégal est encore peu touché et cette maladie n'y est pas une cause importante de décès.

Les observatoires de population de Bandafassi et de Mlomp nous ont permis de présenter le principe des observatoires et d'illustrer leur potentiel pour mieux comprendre les changements démographiques et sociaux à l'aide d'un exemple particulier, celui de l'évolution de la mortalité et des causes de décès chez les enfants.

## CONCLUSION

Nous avons donné dans la seconde partie de ce chapitre deux exemples d'observatoires de population en présentant de façon assez détaillée les résultats qu'ils avaient permis d'obtenir concernant l'évolution de la mortalité et des causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Dans le cas de Mlomp, la mortalité des enfants a baissé à partir du milieu des années soixante, en relation avec le développement d'infrastructures et de programmes sanitaires. L'observatoire a permis de mesurer l'ampleur des évolutions et de montrer que si la baisse avait été aussi rapide et profonde, c'était grâce à une diminution sensible de la mortalité pour chacune des causes de décès, signe de la bonne coordination et de la complémentarité des différentes interventions sanitaires. L'arrêt de la baisse de la mortalité dans les années quatre-vingt-dix ne signifie pas que plus rien ne change. Derrière la stagnation de la mortalité d'ensemble se cachent des évolutions, certaines causes de décès diminuant ou disparaissant alors que d'autres réaugmentent.

Si les observatoires de population sont un des rares moyens de suivre la mortalité et les causes de décès dans les pays ne disposant pas de statistiques sanitaires, ils rendent également des services dans d'autres domaines, permettant par exemple de suivre les changements démographiques et sociaux et d'en étudier les mécanismes. Ils constituent dans ce domaine un complément utile aux enquêtes démographiques et de santé. Ces dernières fournissent des estimations de niveaux et de tendances représentatives à l'échelle nationale, les observatoires examinent les mécanismes des changements de façon détaillée.

**BIBLIOGRAPHIE**

- AZIZ K. M. Ashraful, MOSLEY Henry W., 1997 – The history, methodology and main findings of the Matlab project in Bangladesh, *in* : Monica DAS GUPTA *et al.* (eds.), *Prospective community studies in developing countries* p. 28-53 – Clarendon Press, Oxford University Press, 350 p.
- DAS GUPTA Monica, AABY Peter, GARENNE Michel et PISON Gilles (éds.), 1997 – *Prospective community studies in developing countries* – Clarendon Press, Oxford University Press, 350 p.
- DESGRÉES DU LOÛ Annabel, PISON Gilles, 1994 – Barriers to universal child immunization in rural Senegal, five years after the accelerated Expanded Program on Immunisation, *Bulletin of the World Health Organization*, 72 (5), p.751-759.
- DESGRÉES DU LOÛ Annabel, PISON Gilles, 1995 – Le rôle des vaccinations dans la baisse de la mortalité des enfants au Sénégal, *Population* (3), p. 591-620.
- HAYES Richard, MERTENS Thierry, LOCKETT Geraldine, RODRIGUES Laura, 1989 – *Causes of adult deaths in developing countries : a review of data and methods.* – Washington, World Bank, Population and Human Resources Department, 41 p. (Policy, Planning, and Research Working Paper, N°WPS 246)
- INDEPTH network, 2002 – *Population and health in developing countries* – International Development Research Centre, Ottawa, 339 p.
- PISON Gilles, DESGRÉES DU LOÛ Annabel, LANGANEY André, 1997 – Bandafassi : a 25 years prospective community study in rural Senegal (1970-1995), *in* : Monica DAS GUPTA *et al.* (éds.), *Prospective community studies in developing countries*, p. 253-75– Clarendon Press, Oxford University Press, 350 p
- PISON Gilles , TRAPE Jean-François, LEFEBVRE Monique, ENEL Catherine, 1993 – Rapid decline in child mortality in a rural area of Senegal, *International Journal of Epidemiology*, 22(1), p. 72-80.
- PISON Gilles, GABADINHO Alexis, ENEL Catherine, 2001 – *Mlomp (Sénégal) : niveaux et tendances démographiques 1985- 2000.* – Paris, INED, 181 p. (Dossiers et recherches N°103)
- TRAPE Jean-François, PISON Gilles, PREZIOSI Marie-Pierre, ENEL Catherine, DESGRÉES DU LOÛ Annabel, DELAUNAY Valérie, SAMB Badara, LAGARDE Emmanuel, MOLEZ Jean-François, SIMONDON François, 1998 – Impact of chloroquine resistance on malaria mortality, *C.R Acad. Sci. Paris Sciences de la vie*, 321, p. 689-97.

## **Chapitre 11**

### **JEUNESSE ET PASSAGE A L'AGE ADULTE**

#### **CHEZ LES BWA DU MALI**

*Véronique Hertrich et Marie Lesclingand*

*Institut national d'études démographiques*

*(INED, Paris, France)*



Grâce aux opérations statistiques nationales (recensements et enquête), la situation et l'évolution démographiques du Mali sont aujourd'hui bien connues. La mortalité est en baisse constante. Le recul de la fécondité est également amorcé dans les villes. En milieu rural, en revanche, les signes d'une évolution des comportements de reproduction ne sont pas perceptibles : la fécondité se maintient à un niveau élevé et la pratique de la contraception reste marginale (chapitre 7). Cependant on aurait tort de penser que rien ne bouge. Les populations rurales connaissent aujourd'hui des changements et des contraintes démographiques importants (accroissement naturel considérable, essor des migrations ...) et sont soumises à de fortes tensions économiques (pression foncière, accès à l'économie de marché...) et sociales (rapports entre groupes sociaux, entre générations, entre sexes). Elles expérimentent aujourd'hui de nouveaux types de comportements et de relations au sein des familles, dont dépendra la baisse de la fécondité. Ces changements récents, souvent imperceptibles au travers des indicateurs issus des grandes enquêtes standardisées, requièrent des méthodes d'observation approfondies, combinant les approches de différentes disciplines.

La recherche engagée depuis une quinzaine d'années dans un ensemble de villages bwa du Mali s'inscrit dans une telle démarche. Son objectif est de suivre les changements familiaux et sociaux en articulation avec l'évolution démographique pour préciser les modalités selon lesquelles cette population s'oriente vers la transition de la fécondité.

L'accent sera mis dans ce chapitre sur les changements qui se jouent dans le passage à l'âge adulte. La période de jeunesse est un moment décisif dans la transmission des modèles de comportements d'une génération à l'autre. Elle est marquée par l'expérience de divers événements (début de la vie sexuelle, de la vie conjugale et de la vie féconde, autonomie résidentielle, migrations...), associés à l'acquisition de nouveaux statuts et à la construction d'identités sociales différenciées entre les sexes. Ces « transitions », autrefois contrôlés par les aînés, prennent aujourd'hui de nouvelles formes, avec le développement des migrations et l'évolution des modalités de formation des couples. Ces changements affectent-ils sous des formes comparables les hommes et les femmes ? Participent-ils à la construction d'une nouvelle culture de la jeunesse ? Dans quelle mesure traduisent-ils une évolution du contrôle social sur la jeunesse et une redéfinition de la place des individus dans l'espace familial et dans l'ordre des générations ? Nous aborderons ces questions en comparant l'expérience migratoire et les conditions d'entrée en union des hommes et des femmes, au fil des générations. Au préalable, le système de collecte et la population étudiée sont présentés.

### **LE SYSTEME DE COLLECTE**

La recherche porte sur un ensemble de sept villages situés au sud-est du Mali (Cercle de Tominian), à 450 km environ de Bamako. Les villages se situent dans l'aire ethnique des Bwa (sing. *boo*) et forment une population homogène du point de vue culturel et socio-économique.

---

Cet article reprend les principaux éléments d'une communication présentée au XXIV<sup>e</sup> Congrès international de l'UIESP qui s'est tenu à Salvador de Bahia (Brésil) du 18 au 24 août 2001 : *Entrée dans l'âge adulte en milieu rural africain : vers une convergence des trajectoires masculines et féminines ? Le cas des Bwa du Mali* (38 p.)

Le système de collecte a été mis en place en 1987-89 et fait l'objet d'une actualisation régulière, tous les 5 ans environ. Les deux premières phases de mise à jour ont eu lieu en 1994-95 et 1999-2000, la troisième (2004) est en cours.

Deux principales opérations sont réalisées : une *enquête renouvelée* réalisée exhaustivement sur les sept villages (3600 résidents en 1999) et une *enquête biographique* qui approfondit l'observation sur deux d'entre eux (Sirao et Kwara, 1500 résidents en 1999).

### L'enquête renouvelée

L'enquête renouvelée s'appuie sur l'appariement des données nominatives de différents recensements, contrôlé et complété par des entretiens auprès des familles. Différentes questions sont posées afin de connaître l'état et le lieu de résidence, à chacun des recensements, pour tout individu enregistré à l'un au moins d'entre eux. La base de données actuelle intègre les données individuelles de 6 recensements : les 3 recensements nationaux (1976, 1987, 1998) et 3 recensements locaux (1988, 1994, 1999). On dispose ainsi de données semi-longitudinales permettant de suivre, sur une période de 22 ans (décembre 1976 – avril 1999), le devenir des individus au fil des recensements (figure 1). Plusieurs opérations spécifiques sont réalisées conjointement à l'enquête renouvelée afin de mieux appréhender la structure des unités familiales et les conditions de leur évolution : des enquêtes sur les unités collectives (village, lignage, groupe domestique), le recueil des diagrammes de parenté des groupes domestiques et un questionnaire sur les modalités des segmentations des groupes domestiques survenus entre deux passages.

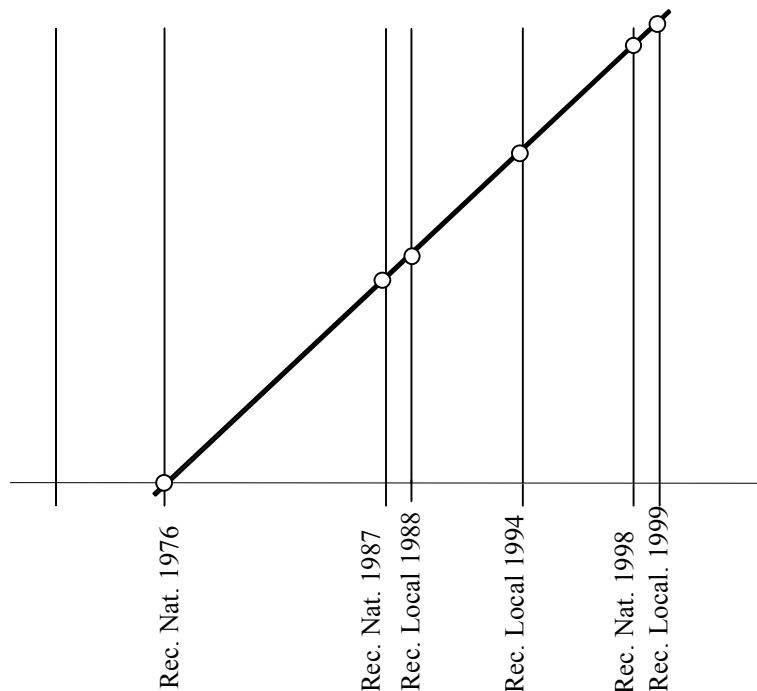


Figure 1  
Le suivi des individus au fil des recensements

L'enquête renouvelée permet de suivre l'évolution intercensitaire de la population et d'en tirer des indicateurs du mouvement démographique. Mais son principal intérêt est de fournir des données sur l'évolution et la dynamique des unités familiales au cours du temps. On a ainsi pu mettre en évidence l'accélération des segmentations familiales et l'accès de plus en plus précoce des hommes au statut de responsable économique. Conséquence de cet éclatement des unités familiales et de l'augmentation des migrations, la taille moyenne des groupes domestiques augmente à un rythme beaucoup plus lent que ce qu'on aurait pu attendre compte tenu de la forte croissance naturelle et la structure des unités familiales s'est peu modifiée. La taille moyenne du groupe domestique est passée de 8,2 résidents en 1976 à 9,1 en 1999. En 1999, comme en 1976, les unités polynucléaires représentent environ un tiers des groupes domestiques et regroupent la moitié de la population (Hertrich, 2001a).

### **L'enquête biographique**

L'enquête biographique recueille les histoires matrimoniale, génésique, migratoire et religieuse complètes. Elle s'applique à l'ensemble des résidents des deux villages de Sirao et Kwara, ainsi qu'aux hommes émigrés appartenant aux lignages représentés au village. À chacun des passages, les biographies existantes sont actualisées et celles des nouveaux résidents (immigrés, enfants nés depuis le passage précédent) sont complètement enregistrées. La biographie des individus partis en migration depuis le passage précédent est complétée en interrogeant les proches résidant au village. Cette mise à jour est faite jusqu'à la date de l'enquête pour les hommes émigrés. Les femmes parties en migration sont également suivies tant qu'elles sont célibataires, le mariage marquant la sortie d'observation.

Deux opérations secondaires sont associées à l'enquête biographique : d'une part le recueil des généalogies des patrilignages, destiné à identifier les émigrés et à préciser les liens de parenté, d'autre part la constitution de « calendriers lignagers », référentiels de datation intégrant les données paroissiales et de l'état civil.

Le questionnaire biographique, conçu initialement sous la forme classique d'un enregistrement événementiel, a été enrichi à mi-parcours de l'enquête initiale pour saisir l'évolution des contrôles familiaux sur les événements individuels. Des questions ont ainsi été introduites pour appréhender l'implication familiale dans la réalisation de différents événements individuels, notamment les événements migratoires et matrimoniaux auxquels nous nous intéressons ici.

#### ***La biographie migratoire***

La biographie migratoire enregistre l'ensemble des déplacements d'une durée de 3 mois au moins. Dans le questionnaire de base, sont saisis : le rang de la migration, le lieu, la date, le type du déplacement (migration matrimoniale, de travail, familiale, visite...) et deux informations sur le contexte de la migration (déplacement individuel, familial ou avec des amis ; connaissances au lieu de la destination). Le questionnaire remanié comprend en plus des questions sur l'implication familiale dans la migration, appréhendée de deux points de vue : celui du contrôle sur le départ (initiative de la migration, accord du responsable familial) et celui de l'apport économique de la migration à l'exploitation (nature et quantité des gains rapportés, usage des gains remis à la *zû*). Ces dernières questions ont été enregistrées pour chacune des migrations de travail quand l'enquêté répondait

personnellement aux questions. Dans le cas contraire (cas en particulier des émigrés), on se limitait aux questions sur le contrôle familial à l'occasion du dernier départ.

### ***La biographie matrimoniale***

Dans sa version initiale, le questionnaire saisit les unions successives, leur issue et un certain nombre de caractéristiques des deux conjoints : le rang de l'union, la situation matrimoniale et la religion des deux conjoints au moment du mariage, le nombre d'épouses de l'homme au début de l'union, l'issue de l'union, les dates de mariage et de rupture.

Dans sa deuxième version, le questionnaire enregistre non seulement les unions des intéressés mais aussi les procédures matrimoniales qui ont été engagées par les familles et qui ont pu être rompues avant d'aboutir au mariage. Ce sont ainsi les « *mariages potentiels* » ou « *projets d'union* » qui ont été enregistrés, cela auprès des enquêtés non célibataires. Des questions précises ont été posées pour chaque mariage et procédure engagée avec une femme célibataire afin d'apprécier l'évolution du contrôle familial sur la formation des couples.

Ces questions portent sur les différentes étapes du processus matrimonial :

- la *décision de l'union* : l'initiative de l'union et le recueil de l'accord formel de la famille de la fille qui marque, formellement, le début d'une procédure traditionnelle ;
- les *prestations engagées*, de type traditionnel (travaux agricoles dans les champs des parents de la fille, remise de grains) et moderne (remise d'argent sous forme directe, ou indirecte, par l'achat, au prix fort, de bière de mil, aux parents de la fille) ;
- la période transitoire, dite de « *déposition* », qui précède le mariage et pendant laquelle la fille est confiée à une famille désignée par celle de son futur époux ;
- la *durée du processus* ;
- la *sanction sociale de l'union* : fête du mariage au village, mariage légal, mariage religieux.

Nous analyserons ici les biographies des individus enquêtés au titre de résident à l'un au moins des passages. Ces biographies, sexes et âges réunis, sont au nombre de 2244 ; nous traiterons ici plus particulièrement celles des enquêtés nés avant 1980, soit 1037 biographies (482 hommes et 555 femmes).

Les questions sur les contrôles familiaux ayant été introduites en cours d'enquête et concernant souvent une partie restreinte de la population (les processus matrimoniaux ont été enregistrés auprès des non célibataires seulement, les questions sur l'implication familiale dans la migration étaient plus limitées quand l'intéressé n'était pas là pour y répondre personnellement), leur analyse porte sur un nombre plus limité d'enregistrements que celle relative au calendrier du phénomène lui-même. Les effectifs traités varient ainsi du simple au double pour l'analyse de la primo-nuptialité et celle des procédures matrimoniales (819 enquêtés, célibataires ou non, dans le premier cas contre 395 non-célibataires dans le second parmi les générations nées avant 1975). Sauf mention contraire, les tendances observées sur l'ensemble de la population se retrouvent cependant à l'échelle du sous-groupe. L'analyse des contrôles familiaux est à considérer comme un approfondissement de nature plus qualitative et explicative des analyses menées sur l'ensemble de la population.

## LA POPULATION ETUDIEE

La population étudiée présente le profil démographique et socio-économique observé dans la plupart des populations d'agriculteurs sahéliens, marqué par une forte croissance démographique et un faible niveau de développement socio-économique.

### Caractéristiques démographiques

La population se situe dans la première phase de la transition démographique.

La mortalité a connu une baisse continue au courant des dernières décennies (figure 2a). Le risque de décéder avant l'âge de 5 ans a été divisé par deux depuis les années soixante. La mortalité des enfants reste cependant très forte, d'un niveau proche de la moyenne nationale ; elle emporte près d'un enfant sur dix dans la première année de vie, et près d'un sur cinq avant l'âge de cinq ans.

La fécondité se maintient à un niveau élevé, proche de 8 enfants par femme et de 9 enfants par homme (respectivement 7,8 et 9,5 en 1994-98) et supérieur à la moyenne nationale (6,8 enfants par femme sur l'ensemble du Mali, 7,3 pour le milieu rural [voir chapitre 7]) (figure 2b). Les données suggèrent un début de baisse de la fécondité dans les années quatre-vingt-dix, qui pourrait résulter du recul de l'âge au premier mariage. Celle-ci est cependant très faible et mérite confirmation. La pratique de la contraception moderne n'a pas débuté au sein des couples.

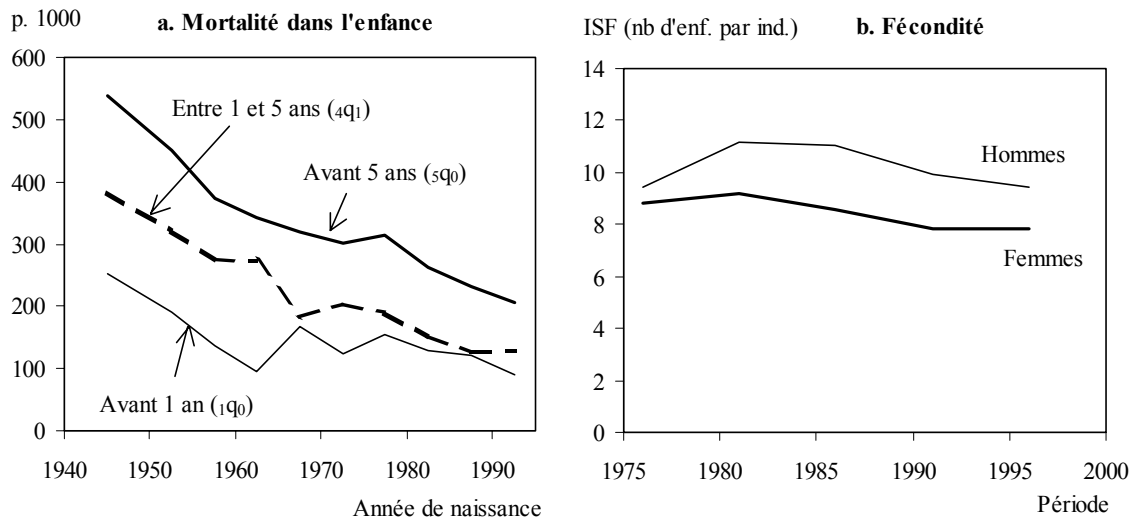


Figure 2

#### Évolution de la mortalité dans l'enfance et de la fécondité.

Probabilités de décéder (%) avant 1 an ( $1q_0$ ), entre 1 et 5 ans ( $4q_1$ ) et avant 5 ans ( $5q_0$ ) par groupe de générations et indice synthétique de fécondité (en nombre moyen d'enfants par individu). Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Résultat de l'écart entre l'évolution de la mortalité et celle de la fécondité, la zone d'étude connaît une croissance naturelle très importante, supérieure à 3 % par an en moyenne (3,2 % sur la période intercensitaire 1976-88, 3,3 % sur la période 1988-99). Les mouvements migratoires sont importants. L'écart entre les départs et les entrées (retours et immigrations) s'accroît ; le taux de migration nette qui était de l'ordre de -0,6 % par an en moyenne sur la période 1976-88, est proche de -1,1 % sur la période 1988-99. La correction apportée par la migration contribue ainsi à ralentir la croissance démographique. Le taux d'accroissement annuel moyen est ainsi passé de 2,6 % (1976-88) à 2,2 % (1988-99) ce qui correspond néanmoins à un doublement de la population en 32 ans.

### **Caractéristiques socio-économiques**

L'économie est dominée par une agriculture vivrière, prioritairement orientée vers l'autosubsistance, pratiquée dans le cadre d'un mode de production familial. Les Bwa ont peu investi dans le commerce et dans les cultures de rente. La scolarisation y était peu développée, du moins jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, date à laquelle la politique des « écoles communautaires » prises en charge par les villageois, a motivé les communautés à développer des structures scolaires. Au sein de la population adulte traitée ici, 28 % des hommes et 6 % des femmes ont fréquenté l'école parmi les générations 1950-74 (aucune structure scolaire n'existait pour les générations plus anciennes) mais seulement 8 % des hommes et 1 femme ont connu une scolarisation primaire complète. Trait distinctif, dans un Mali islamisé à plus de 90 %, les Bwa sont restés hermétiques à l'Islam mais se sont ouverts au christianisme (auquel adhère environ la moitié de la population enquêtée).

L'organisation familiale s'appuie sur une unité socio-politique, le patrilignage, et une unité économique, le groupe domestique (*zû*). Le patrilignage, représenté par son doyen, est l'unité de référence dans les rapports politiques, sociaux et matrimoniaux qui s'établissent avec les autres groupes. Les droits fonciers, de même que des prérogatives politiques et rituelles villageoises y sont attachés. Le lignage fonctionne aussi comme unité de culte (culte des ancêtres en particulier). Enfin, c'est à l'échelle du lignage que s'organisent les alliances matrimoniales : il est une unité exogame et l'interlocuteur obligé pour la gestion des procédures matrimoniales impliquant la recherche d'une épouse ou l'attribution d'une fille à un autre lignage. Le lignage, selon sa taille, compte un nombre variable de groupes domestiques, qui sont des unités de production agricole et de consommation. Ces *zû* sont de taille relativement importante et de structure souvent complexe : plus de la moitié de la population vit dans une configuration familiale polynucléaire et appartient à une unité économique comptant 10 membres au moins (Hertrich, 2001a). La polygamie est pratiquée à une échelle modeste, elle concerne un cinquième des hommes et un tiers des femmes mariées. L'autorité au sein du lignage comme du groupe domestique est transmise en fonction d'un triple critère de sexe, de génération et d'âge : la responsabilité du groupe familial revient aux hommes et parmi ceux-ci au doyen, c'est-à-dire l'aîné des hommes appartenant à la génération la plus ancienne.

L'un des traits dominants du système social des Bwa est la place privilégiée qu'y occupe, aux côtés des institutions familiales, le village (Capron, 1973, 1988a, 1988b). Celle-ci se perçoit dans l'organisation socio-politique villageoise, de structure plurilignagère, mais aussi, plus concrètement, dans la structure spatiale du village et l'importance des pratiques communautaires, notamment festives, qui s'y exercent. À la différence des modèles

d'organisation spatiale adoptés par d'autres populations d'Afrique de l'Ouest, chez les Bwa, les unités familiales ne s'inscrivent pas dans un espace résidentiel délimité (concession ou regroupement d'habitations). Au contraire, les membres d'un groupe domestique se répartissent généralement dans différentes cases, souvent éloignées les unes des autres et fondues dans la masse villageoise. Ces cases, petites pour la plupart, s'ouvrent sur la rue et c'est au sein de l'espace public que prennent place l'essentiel des activités quotidiennes. La vie communautaire, entretenue par des échanges interpersonnels et des relations de voisinage omniprésentes, est par ailleurs valorisée par de nombreuses manifestations festives. Les cérémonies rituelles traditionnelles ou chrétiennes, les cérémonies familiales (mariage, funérailles), les parties de travail réalisées par un groupe de jeunes pour un exploitant, dans le cadre des prestations matrimoniales réalisées pour le compte d'un des leurs ou dans un cadre associatif, sont autant d'occasions festives auxquelles s'associent les villageois. À ces manifestations occasionnelles, s'ajoute l'institution dans chaque village d'une journée hebdomadaire réservée à la consommation de boisson (bière de mil) au cours de laquelle les tâches quotidiennes sont suspendues au profit de réjouissances collectives. L'exercice de la sociabilité villageoise, constamment entretenu, forge un sentiment d'appartenance et un attachement fort des individus à leur village ; dans le même temps elle assure un encadrement communautaire permanent et, par-là même, l'exercice d'un contrôle social diffus mais extensif. Cette prégnance de la communauté villageoise est une composante importante du vécu de la période de jeunesse au village.

### **La période de jeunesse au village**

Les Bwa dispose d'un terme, *yaromu*<sup>1</sup>, pour parler du temps de jeunesse avant le mariage. Il est compris comme une période d'insouciance, de distractions, dominée par les relations entre pairs mais où prennent place également des rapports de séduction. La valorisation des relations entre jeunes du même âge s'exprime en particulier chez les garçons qui, au début de l'adolescence, s'installent entre amis dans une case vide du village, tout en continuant de travailler et de manger avec leurs parents. Bien que moins fréquent, le phénomène existe aussi, sous une forme atténuée, pour les jeunes filles qui s'installent parfois auprès d'une vieille femme du village. Les relations entre jeunes, du ressort de l'amitié et de l'entraide, laissent aussi une place à la compétitivité et à l'affirmation de soi, en particulier dans l'exercice sportif. Les parties de travail, la danse toujours associée aux fêtes, l'organisation autrefois de parties de lutte sont autant d'endroits où les jeunes, en particulier les garçons, se mesurent les uns aux autres et trouvent à s'exprimer collectivement et individuellement, autour de la valorisation de la force physique. Ces scènes publiques sont aussi des lieux où les jeunes des deux sexes vont pouvoir se jauger, s'approcher, « se courtiser ». L'adolescence est une période de jeu, de « vacance » avant le mariage, où les garçons et les filles se rencontrent dans le cadre de relations égalitaires et librement choisis. Les échanges affectueux peuvent y trouver place. À l'image d'autres sociétés africaines (Tabet, 1985 ; Mair, 1974), les Bwa réprouvent fortement la procréation préconjugale mais tolèrent les relations amoureuses avant le mariage. Si la sexualité préconjugale n'est pas explicitement interdite, les conditions de son exercice sont cependant très limitées : les relations sexuelles en brousse sont prohibées et sévèrement sanctionnées, et

---

<sup>1</sup> *yaro* = jeune homme, *mu* désigne un état, *yaromu* = état ou manifestation de la jeunesse.

au village, l'encadrement communautaire permet difficilement de se soustraire au regard du groupe. Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, les naissances préconjugales étaient probablement très rares : le recours à l'avortement ou le mariage rapide sont des réponses qui pouvaient être apportées à une grossesse préconjugale. Les cas d'enfants issus de mère célibataire (appelés « enfants de rue » et rattachés, en l'absence de filiation paternelle, au lignage de leur mère) identifiés au village sont exceptionnels, mais le phénomène s'est développé avec l'essor des migrations des jeunes filles et commence à être visible.

Ces rapports de jeunesse s'inscrivent dans un registre disjoint des rapports conjugaux. La formation du couple ne relève pas d'une démarche des jeunes eux-mêmes, mais du contrôle des institutions familiales. Pendant que les adolescents se distraient en vivant leur jeunesse, les responsables familiaux organisent la mise en union de leurs membres, en cherchant des épouses pour leurs fils et en attribuant leurs filles. Très formalisées, mobilisant des ressources matérielles et symboliques, les procédures matrimoniales se déroulent sur un temps long, en principe de l'ordre de 3 ans. Les rapports entre futurs époux sont d'une autre nature que ceux qui se jouent entre garçons et filles dans le cadre de la « jeunesse » : caractérisés par l'évitement et la pudeur, ils annoncent les rapports distants et inégalitaires qui sont de règle entre conjoints. Le mariage marque le terme de la période de jeunesse, du moins celle des femmes, la liberté juvénile des hommes pouvant se prolonger après leur mariage. Il est signifié par la cohabitation des conjoints, en principe dans une case autonome. En revanche, il n'est pas associé à l'indépendance économique. Le couple s'intègre au groupe domestique du jeune époux et ce n'est que bien plus tard (vers 35 ans en moyenne), que l'homme accèdera au statut de responsable économique, par héritage ou segmentation (Hertrich, 2001a).

On conçoit ainsi que des changements dans le mariage soient susceptibles d'être associés à une redéfinition des rapports entre les sexes : si l'articulation, socialement construite sur le principe de la dissociation, entre l'espace de liberté juvénile et l'espace du contrôle matrimonial, lâche, alors c'est aussi la nature des relations entre conjoints qui risque d'être modifiée. Ainsi, si les affinités préconjugales se trouvaient validées par le mariage, on peut penser que les relations affectives et égalitaires sur lesquelles elles s'appuient pourraient aussi contaminer les rapports au sein du couple.

## **L'ESSOR DE LA MOBILITE JUVENILE**

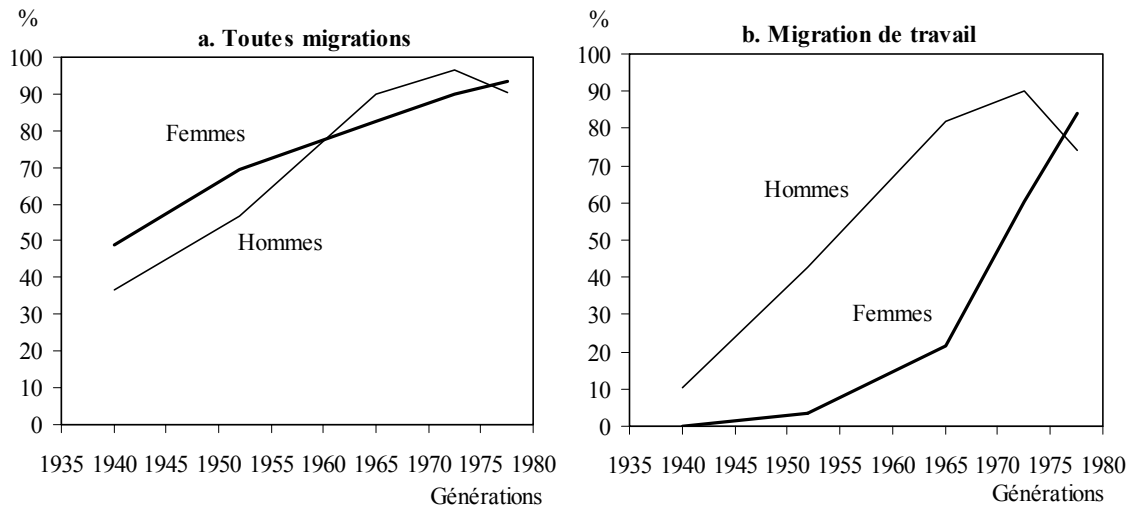
Les Bwa sont sédentaires et très attachés à leur village. La mobilité y a pourtant toujours existé, à large échelle pour les femmes qui, en vertu de la virilocalité, s'installent dans le village de leur conjoint au moment du mariage, sous la forme de confiage pour les enfants, sous la forme de déplacements temporaires (visites) ou définitifs (création d'un nouveau village) pour les hommes ou les familles. Les cinquante dernières années ont cependant été marquées par un développement considérable de la mobilité. Ce phénomène a pu être mesuré à l'échelle des villages étudiés, à partir du recueil des généalogies des lignages, et confirmé par l'analyse de la dynamique migratoire intercensitaire (Hertrich, 1996). On retrouve, sous une forme accentuée, cette évolution quand on compare, comme nous le ferons ici, l'expérience migratoire des différentes générations d'individus enquêtés au titre de résident à l'un des passages.



## Généralisation de la mobilité économique chez les jeunes

Au sein des générations anciennes déjà, les déplacements des jeunes n'étaient pas exceptionnels : près de 40 % des hommes et 50 % des femmes nés avant 1945 ont réalisé une migration d'au moins 3 mois avant l'âge de 20 ans (figure 3a). Mais le phénomène s'est considérablement développé dans les générations ultérieures, touchant la quasi-totalité des hommes à partir des générations des années soixante et des femmes à partir des générations nées pendant les années soixante-dix.

Cette extension de la mobilité est étroitement associée à l'essor des migrations à but économique (figure 3b). Celles-ci se sont développées en deux temps. Le développement des migrations de travail a d'abord touché les hommes, à partir des années soixante. Il s'affirme nettement à partir des générations 1945-59 et s'est poursuivi de façon spectaculaire au point de toucher la quasi-totalité des générations suivantes : à l'âge de 20 ans, 80 % à 90 % des hommes nés à partir de 1960 ont déjà migré au moins une fois dans un but économique



contre 40% des hommes nés en 1945-59.

Figure 3

**Proportion (%) d'individus ayant réalisé au moins une migration avant l'année de leur 20<sup>e</sup> anniversaire, par sexe et groupe de générations**  
Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

L'essor des migrations de travail a eu lieu plus tardivement chez les femmes, à partir de la fin des années quatre-vingt, mais il s'est affirmé de façon tout aussi spectaculaire : à l'âge de 20 ans plus de 80 % des femmes nées en 1975-79 sont concernées, contre 60 % des générations 1970-74 et 20 % seulement des générations 1960-69.

## **Convergence des itinéraires migratoires des jeunes femmes et des jeunes hommes**

Longtemps réservées aux hommes, les migrations de travail se sont ainsi également imposées dans la vie des jeunes femmes. Elles sont devenues aujourd'hui une composante quasi-systématique du passage à l'âge adulte, partagée par les deux sexes.

Le rapprochement progressif de l'expérience migratoire des hommes et des femmes s'observe aussi dans le nombre moyen de migrations réalisées par les jeunes hommes et les jeunes femmes : les femmes ont très rapidement rattrapé les hommes et réalisent désormais un nombre plus élevé de migrations de travail qu'eux (2,1 contre 1,6 au sein des générations 1975-79) (résultats non présentés).

La signification de ces migrations serait cependant très différente pour les deux sexes si elles se cantonnaient à des lieux proches du village pour les femmes et s'effectuaient vers des destinations plus éloignées pour les hommes.

Pour en juger, nous avons calculé la proportion d'enquêtés ayant déjà résidé, avant l'âge de 20 ans, hors de l'aire ethnique des Bwa (pays boo), c'est-à-dire dans un environnement socio-culturel différent de leur milieu d'origine (figure 4). Là encore la convergence des expériences vécues par les jeunes des deux sexes se confirme. Avec les migrations, l'espace de vie s'est étendu aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Au sein des générations les plus récentes, 8 enquêtés sur 10, de sexe masculin et féminin, ont déjà été confrontés avant l'âge de 20 ans à un milieu socio-culturel différent de leur milieu d'origine, contre 2 hommes sur 10 et 1 femme sur 10 parmi les générations les plus anciennes. Plus nombreux à se rendre hors de leur aire ethnique, les jeunes y passent aussi plus de temps : en moyenne 3,5 ans avant l'âge de 20 ans pour les femmes et 2 ans pour les hommes des générations 1975-79, contre 0,2 an pour les hommes et les femmes nées avant 1945 (résultats non présentés).

L'essor de la migration des jeunes filles est un phénomène qui a touché bien des populations d'Afrique de l'Ouest et participe des transformations sociales qui traversent les sociétés rurales (Antoine et Sow, 2000 ; Delaunay, 1994). Intervenu plus tardivement dans les villages bwa, il s'y est cependant imposé très rapidement.

La similitude du phénomène migratoire chez les deux sexes laisse à penser qu'il correspond à une nouvelle composante des rapports entre les sexes. Les garçons et les filles, qui vivaient autrefois leur jeunesse ensemble au village, partagent à présent une autre expérience (même si elle n'est pas vécue ensemble) propre au développement d'une nouvelle culture commune, alimentée par les connaissances acquises et les événements vécus par les uns et les autres, mais en rupture avec les modèles véhiculés par les générations passées. L'aventure migratoire peut être interprétée comme l'expression d'une recherche d'un espace de socialisation alternatif à celui proposé par les communautés familiales et villageoises, d'une exigence d'informations et d'ouverture au monde inaccessibles au village, où l'école, si rarement fréquentée, n'a pas pu exercer cette force de proposition. Les migrations de travail des jeunes seraient ainsi le lieu d'une socialisation informelle, qui permettraient aux jeunes de construire leur propre représentation du monde en dehors de l'espace familial traditionnel (Gauthier, 1997).

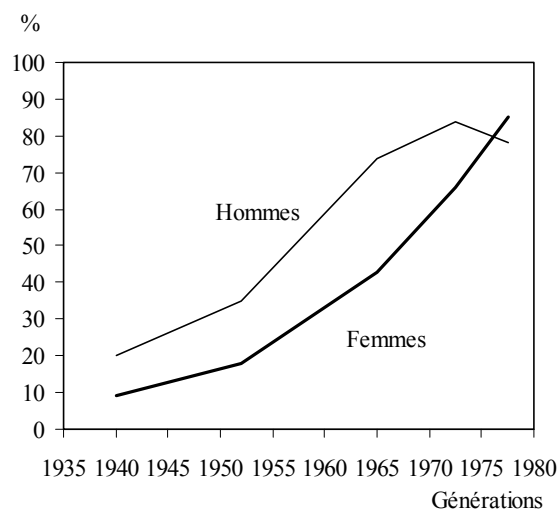


Figure 4

**Proportion (%) d'individus ayant réalisé au moins une migration hors de l'aire ethnique des Bwa avant l'année de leur 20<sup>e</sup> anniversaire, par sexe et groupe de générations**  
 Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Pour autant, ce rapprochement des calendriers migratoires des deux sexes est-il réellement le signe d'une évolution des rapports entre les sexes ? Signifie-t-il qu'une période de vie « asexuée » est en train de se construire, comme le suggère Claudine Sauvain-Dugerdil et Abdoul Wahab Dieng (2001), qui pourrait porter la mise en place de rapports plus égalitaires entre sexes dans l'âge adulte ? Plus largement la migration est-elle pensée sur un mode similaire par les jeunes des deux sexes et s'articule-t-elle de la même façon avec l'ordre familial ?

L'analyse des caractéristiques des migrations et, notamment, du contexte familial dans lequel elles se produisent, invite à relativiser l'hypothèse d'une convergence des attentes migratoires des deux sexes et de leur égale articulation avec la pratique sociale au village.

## **Des contextes migratoires contrastés entre les sexes**

### ***Des activités sexuées s'exerçant dans des aires géographiques différentes***

Si les migrations à but économique touchent autant les filles que les garçons, la nature même de ces déplacements est sensiblement différente. Les migrations de travail des jeunes hommes sont, depuis les années soixante-dix, fortement dominées par un type particulier de déplacement, les migrations chez les Peul. Les jeunes garçons partent pendant plusieurs mois garder des troupeaux chez les éleveurs et leur travail est rémunéré en tête de bétail : ce type de migration permet alors aux familles de se procurer des bêtes de labour sans avoir recours au numéraire.

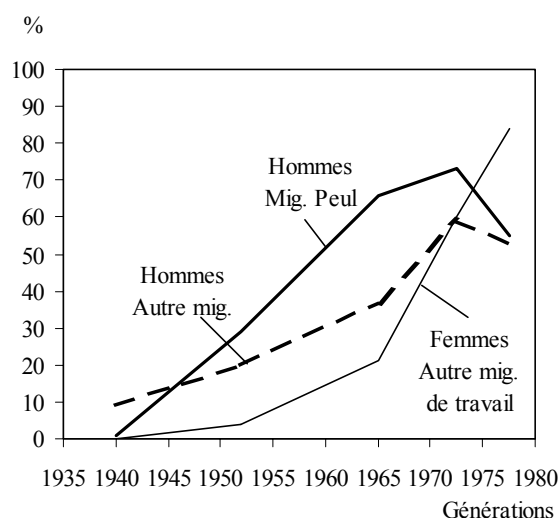


Figure 5

**Proportion (%) d'individus ayant réalisé avant 20 ans, au moins une migration chez les Peuls et au moins une migration de travail autre**  
Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Ce type de migration marque le début de la pratique migratoire des jeunes hommes depuis les générations 1960-69 : deux tiers des hommes en ont connu une au moins avant l'âge de 20 ans (figure 5). Il est en revanche complètement absent de la pratique migratoire féminine. Les migrations à destination urbaine correspondent à une deuxième étape de la pratique migratoire des hommes et se poursuivent jusqu'à 30 ans environ. Avant l'âge de 20 ans, la moitié seulement des jeunes générations masculines sont concernées contre plus de 80 % des femmes.

Cette différence entre les jeunes hommes et jeunes filles dans la nature même de la migration de travail se retrouve dans l'activité exercée sur le lieu de la migration. Les migrations des hommes réalisées avant 20 ans sont dominées par les migrations de gardiennage de bœufs et de travail agricole (80 %) alors que celles des femmes sont presque exclusivement (90 %) consacrées à un emploi domestique (bonne chez des particuliers) (tableau 1). Les emplois différents occupés par les hommes et par les femmes reproduisent ainsi la division du travail prévalant au village, l'activité des femmes relevant de la sphère domestique et celle des hommes de la sphère économique (les bœufs rapportés par les jeunes hommes sont une forme de diversification des revenus de la zû).

Les expériences migratoires des jeunes femmes et jeunes hommes bwa ne sont pas non plus vécues dans les mêmes aires géographiques. Les migrations des jeunes femmes sont principalement des migrations de type urbain (70 %) alors que celles des jeunes hommes présentent une diversification géographique plus grande (tableau 1).

***Une pratique migratoire masculine mieux intégrée au système social traditionnel ?***

L'initiative du départ est presque toujours de l'initiative du jeune, homme ou femme (tableau 1). Les migrations des jeunes filles se font néanmoins plus souvent en cachette, sans l'accord du responsable économique (43 %) que celles des jeunes hommes (18 %).

Les migrations des jeunes hommes, plus anciennes, semblent mieux s'articuler à la logique économique familiale. Elles sont souvent saisonnières : les garçons partent pendant la saison sèche, période creuse dans le calendrier agricole, mais reviennent quand la saison agricole commence. En revanche, les filles partent fréquemment pour un an ou davantage sans revenir participer aux travaux collectifs. De plus, les jeunes hommes remettent l'essentiel des gains de leur migration (bœufs ou numéraire) à leur responsable économique (zûso) et contribuent ainsi à l'économie domestique. Les bénéficiaires des migrations féminines participent très rarement à l'entretien du groupe domestique : les jeunes filles rapportent de leur migration de beaux vêtements et des ustensiles de cuisine. L'argent qu'elles donneront éventuellement à leurs parents est peu important et destiné à de petites dépenses personnelles (tabac, savon...) (tableau 1).

***Une nouvelle place accordée aux jeunes filles ?***

L'essor de la mobilité économique féminine pourrait introduire des éléments de remise en cause des rôles traditionnellement dévolus hommes et aux femmes au sein des espaces familiaux et communautaires.

Les migrations amènent les femmes à explorer un espace de vie bien moins contrôlé que le village. L'univers urbain représente à leurs yeux la modernité et « l'ailleurs ». Si le gain économique de leur migration est souvent peu important (les emplois qu'elles occupent sont beaucoup moins bien rémunérés que les hommes), elles reviennent cependant au village pourvues d'un savoir (et d'un savoir-faire) acquis pendant leur séjour en ville : elles parlent le bambara (langue nationale), elles connaissent la ville, elles ont « les yeux ouverts », elles « sont propres ». Les biens qu'elles ramènent de leur migration (pour l'essentiel des ustensiles de cuisine et des vêtements) prennent la forme d'un capital matériel et symbolique, qu'elles pourront éventuellement faire valoir au sein de leur future belle-famille (ce « trousseau » est traditionnellement offert à la jeune épouse au moment de la fête du mariage par la famille de son époux).

Alors que les migrations de travail des jeunes hommes se sont développées à partir des années soixante-dix en s'articulant à l'économie familiale, l'essor récent de la mobilité des jeunes filles pourrait être porteur d'une remise en question plus profonde des rapports entre sexes et générations. À l'instar des jeunes hommes, elles vivent maintenant une partie importante de leur jeunesse hors du village, à l'écart des contrôles familiaux et communautaires, confrontées à d'autres modes de vie et d'autres modèles culturels. Les connaissances qu'elles acquièrent pendant leur séjour en ville leur permettent de s'affirmer sur un mode plus personnel à leur retour au village et peut-être d'intervenir davantage dans la construction de leur vie future, en particulier dans leur vie matrimoniale et féconde. L'analyse de l'entrée en union nous permettra d'apprécier si le développement des migrations féminines s'est traduit par une évolution de la place des femmes dans la constitution de leur union.

Tableau 1  
**Caractéristiques des migrations de travail réalisées avant 20 ans  
 par les générations 1970-79.**  
 Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Caractéristiques	Hommes	Femmes
<i>Type d'activité</i>		
Gardiennage ou activités agricoles	78	0
Services	13	9
Emploi domestiques	2	91
Ouvrier	7	0
	100	100
<i>Lieu de la migration</i>		
Etranger	3	2
Zone urbaine	37	70
Aire boo	33	27
Mali autre	27	1
	100	100
<i>Initiative et accord</i>		
Initiative individuelle avec accord du zûso	67	49
Initiative individuelle sans accord du zûso	18	43
Initiative non individuelle	15	8
	100	100
<i>Parti(e) seul(e)</i>		
Seul	63	42
Avec quelqu'un	37	58
	100	100
<i>Connaissait quelqu'un sur le lieu de la migration</i>		
oui	65	72
non	35	28
	100	100
<i>Gain de la migration</i>		
Rien	9	36
Bœufs (pour migrations-peuls)	44	0
Argent et bœufs (pour migrations-peuls)	10	0
Argent	25	30
Biens à usage personnel	3	21
Argent et biens à usage personnel	9	12
	100	100

## **LE PREMIER MARIAGE : UNE REDEFINITION DES MODALITES DE FORMATION DES COUPLES**

### **Âge au premier mariage et appariement conjugal**

La gestion des unions, du moins celles qui concernent une femme célibataire, relève traditionnellement de l'autorité des lignages, on l'a vu. Cette prérogative correspond aussi à un devoir : les responsables lignagers ont la charge de fournir, dans des délais raisonnables, une première épouse à chacun de leurs dépendants. Sauf cas exceptionnel (lié à un handicap grave), le célibat définitif est inexistant dans la population étudiée. À la différence de ce qu'on observe dans d'autres sociétés de la région, il est exceptionnel chez les Bwa que les chefs de famille profitent de leur position pour détourner à leur profit de jeunes épouses, en prolongeant la durée de célibat de leurs cadets. Il est impensable qu'un homme épouse une jeune femme qui pourrait être l'épouse de son fils.

De fait, le calendrier d'entrée en union des hommes bwa est relativement jeune et pas très éloigné de celui des femmes : chez les générations les plus anciennes, nées avant 1945, l'âge médian au premier mariage des hommes était de 22,6 ans, soit un écart de 4,7 ans par rapport à celui des femmes (figure 6), alors que des valeurs médianes de l'ordre de 27 ans avec des écarts entre sexes supérieurs à 8 ans sont de règle dans la plupart des pays sahéliens (Hertrich, 2001b).

Ce modèle d'entrée en union s'est cependant encore assoupli jusqu'aux générations nées pendant les années soixante. L'âge médian à la première union des hommes a baissé d'environ un an et l'écart d'âges au mariage entre sexes est passé à 3,9 ans, l'âge au premier mariage des femmes ayant peu bougé. Cette évolution aurait pu traduire un recours croissant des hommes aux catégories de femmes plus aisément accessibles, les divorcées, dont les remariages sont peu contrôlés socialement, ou les veuves. Mais c'est le mouvement inverse que l'on observe : alors que 28 % des hommes des générations anciennes débutaient leur vie conjugale avec une femme non célibataire, ils ne sont plus que 12 % dans ce cas parmi les générations 1960-69 (figure 6). La même tendance se retrouve, avec un décalage d'un groupe de générations, chez les femmes. Dans la grande majorité des cas, l'homme et la femme débutent désormais ensemble leur vie de couple.

Ce modèle d'appariement conjugal de même que l'écart des âges au mariage entre sexes se sont maintenus dans les générations plus jeunes. Mais le calendrier d'entrée en union des deux sexes s'est considérablement modifié, l'âge médian reculant d'environ 2 ans entre les générations 1960-69 et 1975-79. Cette évolution ne peut être rapportée à un renforcement des contrôles matrimoniaux : la généralisation des mariages entre célibataires n'a pas été remise en question. Elle est concomitante de l'essor des migrations féminines et y est certainement étroitement liée. Toutefois, plutôt que de les situer dans un rapport de causalité (les migrations prolongeant la durée de célibat ou le recul du mariage favorisant les migrations), il nous semble que les deux phénomènes peuvent être envisagés comme étant la résultante d'une même évolution : l'assouplissement des contrôles familiaux sur les jeunes et la reconnaissance d'une nouvelle place faite aux jeunes filles qui leur permet à la fois de se

déplacer hors de leur milieu d'origine et d'entrer plus tardivement dans la sphère conjugale et reproductive.

L'analyse des procédures matrimoniales précédant les mariages entre célibataires permet de discuter en détail de l'affaiblissement des contrôles exercés par les familles sur le mariage des jeunes.

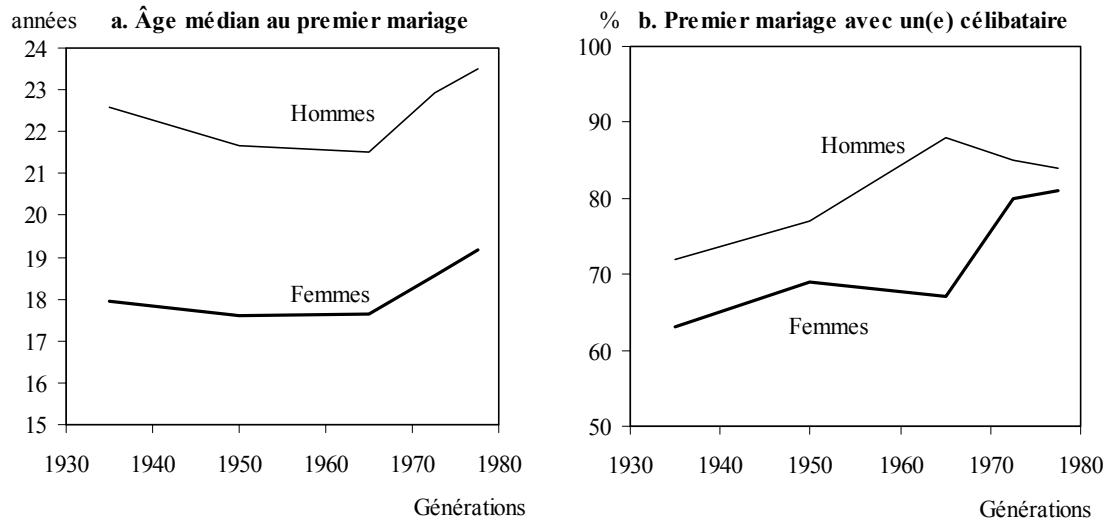


Figure 6

**Âge médian au premier mariage et proportion (%) de premiers mariages conclus avec un conjoint célibataire**  
Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

### Les contrôles familiaux sur la formation des couples : les processus matrimoniaux

Dans sa forme classique, le premier mariage d'une femme s'inscrit dans un processus codifié comportant différentes étapes. La procédure est formellement engagée par l'accord de la famille de la fille, sollicité par le lignage du jeune homme et transmis par un médiateur. Des prestations (travaux agricoles, remise de grains et, aujourd'hui, remise d'argent) s'établissent dès lors chaque année au profit de la famille de la fille. Le temps des fiançailles s'achève par un rapt symbolique (« enlèvement »), à la suite duquel la fille est confiée (« déposée ») à une famille alliée ou amie de celle de l'époux, en attendant la fête du mariage. Cette fête sanctionne l'union et honore la nouvelle épouse au sein du village de son époux. Elle marque aussi le début de la cohabitation conjugale.

Ces procédures sont initiées et gérées par les familles, les intéressés y sont en retrait, en position passive. Si elles ne relèvent pas d'un projet personnel, elles ne se réduisent pas non plus à une affaire de familles : l'intervention des instances communautaires en fait aussi une « affaire sociale ». La dimension collective du mariage se perçoit tout au long de la procédure : dans la médiatisation des relations inter-lignagères assurée par un homme de caste, dans les prestations agricoles réalisées par les jeunes du village, dans l'accueil de la



future épouse confiée à une famille alliée ou amie, dans la reconnaissance de l'union et l'intégration de l'épouse signifiée lors de la fête au village.

Pour décrire l'évolution de ces procédures, l'analyse portera sur les premiers mariages des hommes conclus avec une femme célibataire. Cette restriction sur la population traitée impose, en toute rigueur, que l'on ne s'intéresse qu'aux générations ayant intégralement vécu la période d'entrée en union, condition quasiment remplie pour les hommes nés avant 1970 (7 % de célibataires chez les générations 1960-69 enquêtées au dernier passage) et les femmes nées avant 1975 (3 % de célibataires chez les générations 1975-79).

Nous présenterons cependant les résultats pour les générations 1970-74 (20 % de célibataires), à partir desquelles on observe le retournement de tendance de la primonuptialité. Ces données seront donc à considérer avec prudence : par définition les hommes sur lesquels porte l'analyse ont connu une entrée en union plus précoce que celle enregistrée sur l'ensemble de leurs générations. Il est vraisemblable que les hommes de ces générations qui ne sont pas encore mariés se distinguent aussi par leur calendrier pré-conjugal, sans que l'on puisse se prononcer sur le sens du biais introduit : la prolongation du célibat peut aussi bien être associée à l'engagement moins fréquent de procédures matrimoniales qu'à des itinéraires plus complexes.

Un problème du même ordre se pose pour les jeunes générations féminines, bien que, à la différence des hommes, elles soient quasiment toutes déjà mariées. Mais les femmes qui quittent le village au moment du mariage sortent d'observation et les caractéristiques de leur mariage ne sont pas saisies (alors qu'elles ont été prises en compte pour analyser le calendrier d'entrée en union) or, pour partie, ces femmes vivent en ville avec leur conjoint et leurs comportements matrimoniaux se distinguent vraisemblablement de différents points de vue de ceux des femmes observées au village. Ces dernières (sur lesquelles reposera l'analyse des processus matrimoniaux) se caractérisent ainsi par un âge au premier mariage plus jeune que celui de l'ensemble de leurs générations. L'analyse des déclarations des femmes des anciennes générations est également délicate, mais pour une autre raison. Les résultats d'une double collecte montre qu'elles déclarent des processus matrimoniaux aux caractéristiques souvent assez différentes, plus courts et moins complexes, de celles relevant des déclarations masculines. Cette différence traduit probablement une moins bonne information des femmes sur le processus mis en place pour leur mariage. Les tendances observées à partir des déclarations des femmes traduiraient ainsi non seulement l'évolution du phénomène mais aussi la meilleure connaissance qu'en ont les jeunes générations, davantage impliquées dans la pratique matrimoniale (Hertrich, 1997a).

Pour ces différentes raisons, l'analyse des tendances des caractéristiques des premiers mariages des femmes, et plus largement de leur itinéraire préconjugal (objet de la dernière partie), s'avère délicate. Nous mettrons donc l'accent sur l'analyse des données recueillies auprès des hommes, dont nous verrons cependant qu'elles sont également porteuses d'enseignements sur les changements qui touchent le sexe féminin.

***Le mariage deviendrait-il une affaire privée ?***

Le recul de l'autorité familiale dans la formation des couples s'affirme clairement quand on analyse l'implication des deux lignages dans la décision de l'union : celle de la famille du jeune homme dans l'initiative, celle de la famille de la femme dans l'accord engageant la procédure matrimoniale (figure 7).

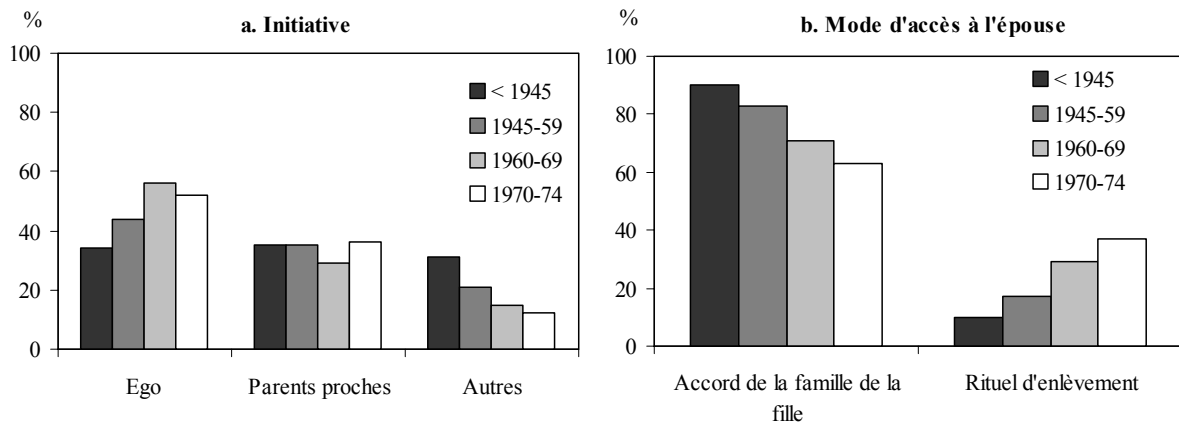


Figure 7

**Décision de l'union : initiative et mode d'accès à l'épouse**  
Premiers mariages des hommes conclus avec une femme célibataire  
Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Côté masculin, les jeunes interviennent de façon croissante pour proposer l'épouse de leur choix : au sein des générations nées à partir de 1960, la moitié des mariages relèvent d'une initiative individuelle contre un tiers parmi les hommes nés avant 1945. Cette affirmation individuelle s'est faite au détriment de la parenté élargie. En revanche l'intervention des parents proches (père, mère, frère et grand-père paternel) est restée stable, l'initiative d'un tiers des mariages environ leur revient quelles que soient les générations. Le lieu d'initiative de l'union s'est ainsi resserré sur l'environnement familial proche de l'intéressé : 9 mariages sur 10 en relèvent pour les jeunes générations. Précisons que l'initiative individuelle n'équivaut pas à un contournement des instances familiales ; le plus souvent le jeune soumet son projet à sa famille et celle-ci le reprend à son compte en mettant en œuvre une procédure classique. Mais cette démarche devient moins systématique : parmi les jeunes générations, un tiers des mariages d'initiative individuelle se sont conclus sans qu'une procédure formelle n'ait été engagée contre un cinquième chez les anciennes générations (résultats non présentés).

La prise en charge croissante du projet matrimonial par les intéressés eux-mêmes se manifeste également quand on analyse le mode d'accès à l'épouse (figure 7). Les unions faisant suite à un enlèvement sans accord préalable de la famille de la fille ont été multipliées par trois. Certes cela ne signifie pas forcément que la famille refuse l'union : des tractations et une conciliation sont généralement engagées après l'enlèvement et il est rare qu'un couple s'installe sans qu'un accord n'ait finalement pu être obtenu. Mais cette démarche,

correspondant généralement à un accord entre les deux intéressés, a pour effet de mettre la famille devant un fait accompli, qu'il lui restera à entériner.

**Réaménagement du système des prestations**

Les prestations sont une composante importante du processus matrimonial, moins sans doute par leur valeur économique (modeste en comparaison d'autres populations de la région), que par le support qu'elles apportent à son inscription dans le temps. Les travaux agricoles, les remises de céréales après les récoltes rythment et donnent une dimension concrète à l'engagement matrimonial.

Ces prestations traditionnelles sont restées de mise : quelles que soient les générations, 6 à 7 mariages sur 10 ont donné lieu à des travaux agricoles ou à une remise de grains (figure 8). Elles se sont en revanche notablement allégées. La remise de grain tend à être moins fréquente et, surtout, les prestations agricoles s'étalant sur plusieurs années se sont raréfiées. Aujourd'hui, les prestations de 3 ans et plus (30 % des mariages des générations anciennes) ont disparu et les travaux agricoles sont réalisés le plus souvent sur une seule année (résultats non présentés).

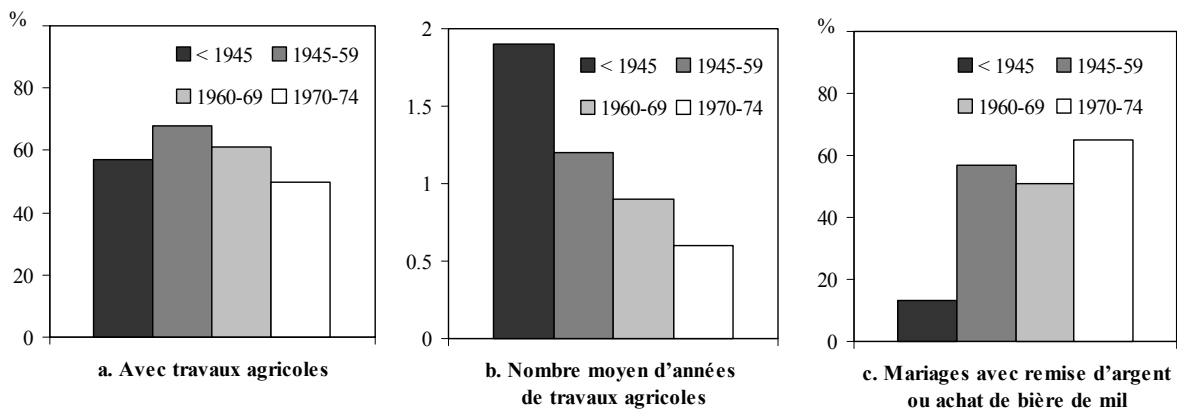


Figure 8

**Prestations anciennes et nouvelles**

Proportion (%) de mariages ayant donné lieu à des travaux agricoles, nombre moyen d'années de travaux agricoles, et proportion (%) de mariages ayant donné lieu à une remise d'argent ou à l'achat de bière de mil.

Premiers mariages des hommes conclus avec une femme célibataire

Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Conjointement à ces composantes anciennes, l'argent est entré dans le système des prestations matrimoniales bwa, et cela sous deux formes : par remise directe ou par l'achat d'une grande quantité de bière de mil à la famille de la fille. Ces prestations monétaires concernent plus de la moitié des mariages dès les générations 1945-59. Mais elles sont restées d'un montant modeste : le montant total de l'argent remis est inférieur à 10 000 FCFA dans la moitié des cas. Contrairement à ce qui a pu être observé dans d'autres populations africaines, les prestations monétaires ne sont donc pas de nature à freiner le mariage des

jeunes hommes et ne peuvent être interprétées comme une réaffirmation, aux travers des exigences prestatoires, de l'autorité familiale dans le champ matrimonial. On en a une autre preuve en examinant l'affectation de ces nouvelles prestations : celles-ci sont destinées le plus souvent (3 fois sur 4 d'après les déclarations des femmes enquêtées) à la fiancée.

En définitive, on voit que les composantes du système prestatoire qui se sont affaiblies sont celles qui s'établissaient au profit des responsables familiaux, sous la forme d'un bénéfice économique (les travaux agricoles) et symbolique (l'exercice de la gestion matrimoniale sur un processus de longue durée). Au contraire les nouvelles prestations s'inscrivent dans une orientation plus favorable aux intéressés, en particulier à la femme.

### ***Une remise en question de la formalisation des unions ?***

L'analyse des événements marquant la fin du processus et le validant publiquement fournit un autre moyen d'apprécier, dans leur dimension la plus concrète, l'affaiblissement des contrôles sociaux du mariage.

Le tableau 2 mesure ainsi l'occurrence de 3 événements : la pratique de la déposition, la fête du mariage et le mariage légal. Nous y avons également mentionné la proportion de mariages pour lesquels les relations entre les lignages (à l'occasion de la demande d'accord ou de la conciliation suivant l'enlèvement) se sont réalisées en recourant aux médiateurs traditionnels, les hommes de caste (forgerons et griots). Cette médiation ne semble pas remise en question, elle concerne environ 6 mariages sur 10.

Tableau 2

#### **Médiation et sanction sociale de l'union**

Premiers mariages des hommes conclus avec une femme célibataire  
Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Indicateurs	Génération			
	< 1945	1945-59	1960-69	1970-74
Proportion (%) de mariages médiatisés par un homme de caste	57	55	56	74
Proportion (%) de mariages avec déposition	93	91	85	71
Proportion (%) de mariages ayant donné lieu à une fête	93	94	73	56
Proportion (%) de mariages ayant donné lieu à un mariage légal	31	29	18	29
<i>Effectifs</i>	<i>30</i>	<i>35</i>	<i>41</i>	<i>35</i>

En revanche, des changements sensibles sont survenus dans la formalisation qui marque le terme de la procédure matrimoniale. Même en cas de procédure traditionnelle, le rituel du rapt (enlèvement) de la jeune fille était de règle pour signifier la fin des fiançailles. La jeune fille était alors « déposée » dans une famille de confiance, le temps (de l'ordre d'un mois) de derniers conciliabules entre les familles et d'organiser la « fête de la fiancée » qui rendra publique son changement de statut. Ces deux étapes étaient associées à la quasi-totalité des premiers mariages féminins (9 sur 10), même en cas d'enlèvement sans accord préalable de la famille de la fille, jusqu'aux générations nées à la fin des années cinquante. Depuis elles ont connu une baisse rapide : 30 % des mariages conclus par les hommes nés en

1970-74 n'ont pas donné lieu à une déposition et plus de 40 % n'ont pas été fêtés. Une proportion considérable d'individus débute à présent la vie conjugale sans qu'aucune cérémonie publique n'ait sanctionné l'union (tableau 2).

Ce recul de la fête du mariage au village ne s'est pas traduit par un recours plus important aux institutions publiques. Le mariage civil, souvent enregistré plusieurs années après la mise en union, ne concerne qu'une minorité de couples.

La baisse récente, mais spectaculaire, de la formalisation des unions est probablement révélatrice de changements profonds dans l'institution matrimoniale. Celle-ci est travaillée depuis longtemps par une redistribution des compétences dans le champ matrimonial et par une redéfinition des modalités de la mise en union, comme en attestent les changements perceptibles dans la plupart des composantes des processus, mais jusque-là la formalisation restait de mise : les responsables familiaux ont accepté l'intervention croissante des intéressés dans le choix de leur conjoint, ils ont consenti à revoir à la baisse leurs exigences en terme de prestations, mais ils ont longtemps réussi à maintenir la structure formelle des procédures et à en assurer la mise en œuvre (Hertrich, 1996, 1997b). Les évolutions récentes laissent à penser que cette gestion formelle est également en train de leur échapper.

### ***Une diminution continue de la durée du processus***

Une dernière illustration de l'assouplissement des contrôles matrimoniaux est donnée par l'évolution de la durée du processus matrimonial (figure 9). Les processus de 3 ans et plus, autrefois majoritaires, sont devenus exceptionnels (10 % contre plus de 60 %) : deux hommes sur trois, au sein des générations 1970-74 ont épousé une femme célibataire en contournant la mise en place d'une procédure matrimoniale ou en se limitant à un processus de moins d'un an. La diminution du temps d'attente pour accéder à une femme se perçoit quelle que soit l'échelle à laquelle on se situe : que l'on considère les seuls mariages ayant donné lieu à la mise en place d'une procédure formelle, l'ensemble des premiers mariages conclus avec une femme célibataire, ou que l'on y ajoute les premières unions conclues avec une femme veuve ou divorcée (plus fréquentes chez les anciennes générations et dont la durée de processus est nulle par définition), le temps moyen investi dans la procédure du premier mariage varie du simple au triple entre les générations extrêmes (résultats non présentés).

Mais la diminution du temps consacré à l'organisation formelle du premier mariage des jeunes traduit-il réellement un désinvestissement des familles de la sphère matrimoniale : les processus associés à la première unions sont-ils moins fréquents, moins codifiés et plus courts parce que les responsables familiaux laissent, plus qu'avant, les intéressés élaborer eux-mêmes leur projet matrimonial ou parce qu'ils sont de moins en moins aptes à faire aboutir les projets qu'ils ont initiés ?

Un moyen d'en discuter est de s'intéresser non seulement à la procédure associée au premier mariage mais à l'ensemble des procédures mises en place, qu'elles aient abouti au mariage ou qu'elles aient été rompues avant la conclusion de l'union.

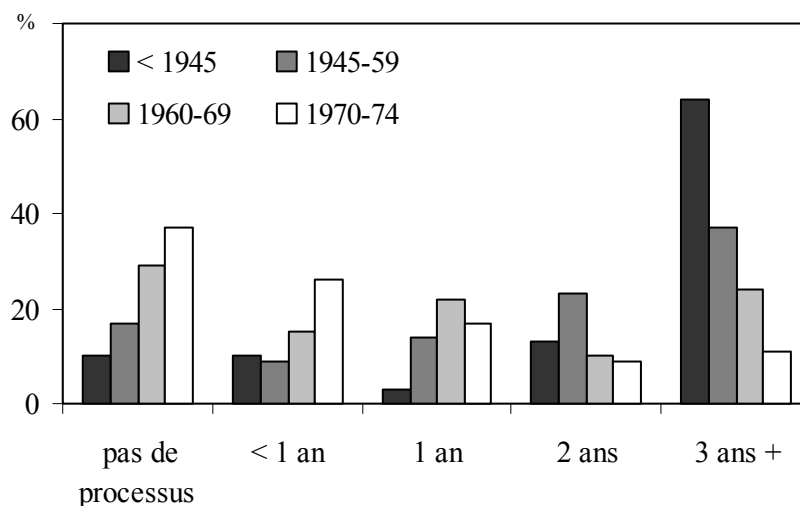


Figure 9  
**Répartition (%) des mariages selon la durée du processus matrimonial**  
 Premiers mariages des hommes conclus avec une femme célibataire  
 Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

### La dynamique matrimoniale préconjugale

Les parcours suivis par les hommes avant leur premier mariage peuvent être divers et complexes. Certains peuvent débiter leur vie conjugale sans avoir engagé aucune procédure de fiançailles, en épousant une femme veuve ou divorcée, ou encore en accédant à une femme célibataire suite à un rituel d'enlèvement. D'autres peuvent poursuivre plusieurs processus (avec des femmes différentes) simultanément. De plus le premier mariage d'un homme ne signifie pas forcément la fin des engagements matrimoniaux : des projets matrimoniaux initiés en situation de célibat peuvent se solder (par une rupture ou un mariage polygamique) après le premier mariage tandis que de nouveaux peuvent être engagés. En fonction de ces différents paramètres, de nombreux scénarios sont possibles.

L'analyse des composantes de cette « vie matrimoniale préconjugale »<sup>2</sup> confirme le désengagement des familles dans l'organisation de la mise en union de leurs membres. Le nombre de procédures matrimoniales formalisées que les lignages ont engagées pour chercher une première épouse à leurs membres a baissé de 25 % entre les générations nées avant 1960 et les suivantes. La proportion d'hommes n'ayant connu aucune procédure avec une femme célibataire a quasiment doublé entre les générations anciennes (17 %) et les plus jeunes (31 %) (figure 10). Cette évolution prend d'autant plus de relief qu'elle est allée de pair avec une représentation croissante des femmes célibataires parmi les premières épouses des hommes : le recrutement sur le marché matrimonial autrefois le plus contrôlé échappe de plus en plus à l'autorité des familles.

<sup>2</sup> Pour des résultats plus détaillés, voir Hertrich, 2001c.

Cet affaiblissement de l'intervention familiale dans la formation des couples se traduit principalement par une simplification des itinéraires d'entrée en union des hommes. Dans les générations anciennes, il était relativement fréquent (25 %) que les familles engagent plusieurs procédures (simultanées ou successives) pour assurer une première épouse célibataire à leurs membres ; cette démarche est devenue beaucoup plus rare dans les jeunes générations (10 % d'hommes concernés) (figure 10).

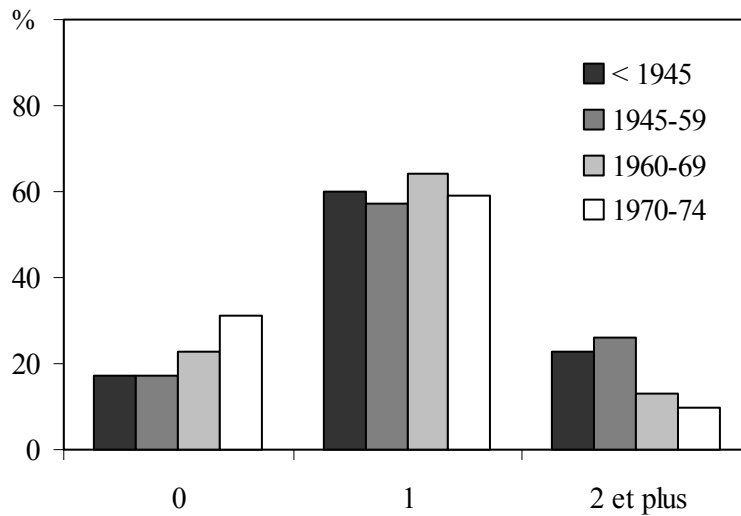


Figure 10  
**Répartition des hommes selon le nombre de procédures matrimoniales formalisées engagées avant le premier mariage**  
 Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

En revanche, la proportion d'hommes pour lesquels une seule procédure a été mise en place est restée stable, de l'ordre de 60 %. Même si le risque de rupture de la procédure n'a pas marqué d'augmentation évidente (le taux d'échec est d'environ un tiers), la raréfaction des hommes ayant connu plusieurs procédures se traduit par une expérience moins fréquente de la rupture chez les jeunes générations (un quart des hommes nés à partir de 1960 sont touchés contre 40 % de leurs aînés) (résultats non présentés).

Cette complexité des procédures d'entrée en union était certainement une dimension importante du contrôle matrimonial exercé par les familles : compte tenu de la formalisation des procédures mais aussi de l'incertitude pesant sur l'issue d'une procédure engagée, il était quasiment impossible pour un jeune homme d'accéder à une jeune femme sans passer par sa famille. La gestion matrimoniale était un champ de compétence trop complexe et trop spécialisé pour que les jeunes puissent s'en saisir, et ils en restaient à l'écart, se distrayant en « pratiquant la jeunesse », s'en remettant à leurs pères pour la recherche d'une jeune épouse, ou prospectant, si celle-ci tardait à venir, auprès des femmes déjà mariées qui, en divorçant, pourraient les épouser. La simplification de la pratique matrimoniale, dont attestent à la fois l'évolution des procédures formelles, la simplification des itinéraires pré-conjugaux et le

recrutement croissant des premières épouses parmi les célibataires, apparaît ainsi non seulement comme l'expression de l'affaiblissement de l'autorité des lignages mais aussi comme l'un des fondements de cet affaiblissement. Si les jeunes n'ont plus besoin de recourir à la compétence de leur famille, celle-ci perd de sa nécessité et n'a plus lieu de s'exercer.

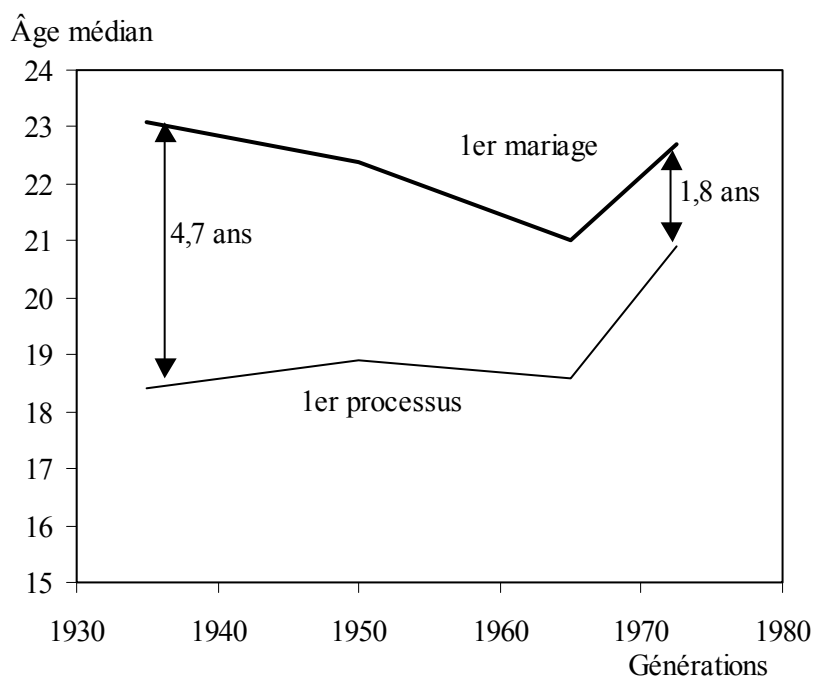


Figure 11  
**Évolution de la durée de vie préconjugale des hommes. Âges médians au début du premier processus (ou à défaut du premier mariage) et au premier mariage.**  
 Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

L'évolution du calendrier pré-conjugal fournit une autre illustration de la simplification et de l'efficacité croissante des modalités d'entrée en union (figure 11). La durée de vie préconjugale, mesurée par la différence entre l'âge médian à l'engagement de la première procédure (ou par le premier mariage en l'absence de procédure) et l'âge médian au premier mariage, a constamment baissé, passant de 4,7 ans à 1,8 ans. Ce resserrement a d'abord été associé à la baisse de l'âge au premier mariage des hommes puis, pour les générations nées en 1970-74, au recul de l'engagement de la première procédure. Il aurait été plus marqué encore si on avait exclu les mariages conclus avec une femme non célibataire (par définition avec une durée de procédure nulle) qui, plus tardifs et davantage représentés au sein des générations anciennes, réduisent la durée médiane du processus et augmentent l'âge au premier processus. Ce temps pré-conjugal, plus court, est aussi marqué par la place plus importante qu'y occupe le temps consacré au processus du premier mariage : de l'ordre de 15 % pour les générations nées avant 1945, il représente plus de 40 % chez les générations 1970-74 (résultat non présenté).



## TRAJECTOIRES DE JEUNESSE

Simplification des étapes d'entrée dans l'union, développement de la mobilité : l'expérience de la jeunesse s'est considérablement modifiée au fil des générations. Pour avoir une vue d'ensemble sur le remodelage des trajectoires d'entrée dans l'âge adulte, nous avons mis en correspondance les calendriers des différents événements : la première migration de travail, les étapes de l'entrée en union (premier processus, processus associé au premier mariage, premier mariage) auxquelles nous avons ajouté la naissance du premier enfant. Le tableau 3 donne la durée moyenne vécue par les hommes avant l'expérience de chacun des événements parmi les 13 années de vie allant de l'année du 12<sup>e</sup> à celle du 24<sup>e</sup> anniversaire (inclusive).

Tableau 3

**Échelonnement des étapes marquant le passage à l'âge adulte des hommes :**  
**1<sup>ère</sup> migration de travail, 1<sup>er</sup> processus, processus associé au 1<sup>er</sup> mariage,**  
**1<sup>er</sup> mariage et 1<sup>ère</sup> naissance.** Répartition des 13 années allant de l'année du 12<sup>e</sup> anniversaire  
à celle du 24<sup>e</sup> anniversaire selon l'occurrence des différents événements.  
Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Indicateur	Génération			
	< 1945	1945-59	1960-69	1970-74
Nombre d'années passées avant l'évén., parmi les 13 années de vie allant du 12 <sup>e</sup> au 24 <sup>e</sup> anniv.				
- 1 <sup>ère</sup> migration de travail	12,0	8,6	5,2	4,0
- 1 <sup>er</sup> processus (ou, à défaut, 1 <sup>er</sup> mariage)	7,3	7,3	7,0	9,0
- processus associé au 1 <sup>er</sup> mariage	9,5	9,4	7,7	9,9
- 1 <sup>er</sup> mariage				
(a) ensemble des générations	10,5	10,0	9,5	10,8
(b) enq. non cél. dont les processus ont été enregistrés	11,0	10,4	9,1	10,7
- naissance du 1er enfant	11,8	11,4	11,0	11,8
Écart :				
- 1 <sup>er</sup> processus – 1 <sup>er</sup> mariage (b)	3,7	3,1	2,1	1,7
- processus du 1 <sup>er</sup> mariage – 1 <sup>er</sup> mariage (b)	1,5	1,0	1,4	0,8
- 1 <sup>er</sup> mariage (a) – 1 <sup>ère</sup> naissance	1,3	1,4	1,5	1,0
En % des 13 années de vie				
- 1 <sup>ère</sup> migration de travail	92	66	40	31
- 1 <sup>er</sup> processus (ou, à défaut, 1 <sup>er</sup> mariage)	56	56	54	69
- processus associé au 1 <sup>er</sup> mariage	73	72	59	76
- 1 <sup>er</sup> mariage				
(a) ensemble des générations	81	77	73	83
(b) enq. non cél. dont les processus ont été enregistrés	85	80	70	82
- naissance du 1er enfant	91	88	85	91
Écart :				
- 1 <sup>er</sup> processus – 1 <sup>er</sup> mariage	28	24	16	13
- processus du 1 <sup>er</sup> mariage – 1 <sup>er</sup> mariage	12	8	11	6
- 1 <sup>er</sup> mariage – 1 <sup>ère</sup> naissance	10	11	11	8

Ces indicateurs font clairement ressortir le recul de la période de jeunesse « inoccupée » du fait de l'extension des migrations de travail. Chez les générations anciennes, l'engagement du premier processus était le premier événement à intervenir et plus de la moitié des 13 années de jeunesse considérée (13-24 ans) étaient « inoccupées ». Les jeunes générations ne passent plus que 4 ans de cette période (soit un tiers de sa durée) avant de vivre leur premier événement, la migration de travail. Dans le même temps, la durée de la période de jeunesse consacrée aux affaires matrimoniales s'est resserrée, passant de 3,7 ans à 1,7 ans en moyenne. Le calendrier d'engagement de la première procédure s'est progressivement rapproché de celui du processus associé au premier mariage et de celui de l'entrée en union. Les 3 calendriers sont très proches pour les générations récentes et complètement dissociés de celui de la première migration. Sur les 13 années considérées, 3 années environ se situent après l'acquisition du plus important sans doute des attributs de l'âge adulte, celui du statut d'homme marié. L'accès à la paternité intervient 1 à 1,5 ans plus tard (tableau 3).

Tableau 4

**Échelonnement des étapes marquant le passage à l'âge adulte des femmes :  
1<sup>ère</sup> migration de travail, 1<sup>er</sup> mariage et 1<sup>ère</sup> naissance.**

Répartition des 13 années allant de l'année du 12<sup>e</sup> anniversaire à celle du 24<sup>e</sup> anniversaire selon l'occurrence des différents événements.

Enquête biographique 2000, Sirao et Kwara

Indicateur	Génération				
	< 1945	1945-59	1960-69	1970-74	1975-79
Nombre d'années passées avant l'évén., parmi les 13 années de vie allant du 12 <sup>e</sup> au 24 <sup>e</sup> anniversaire					
- 1 <sup>ère</sup> migration de travail	13,0	12,6	10,8	7,3	4,4
- 1 <sup>er</sup> mariage	6,8	6,3	6,3	7,2	7,9
- naissance du 1 <sup>er</sup> enfant	9,1	8,2	8,3	8,2	9,2
Écart 1 <sup>er</sup> mariage – 1 <sup>ère</sup> naissance	2,3	1,9	1,9	1,0	1,3
En % des 13 années de vie					
- 1 <sup>ère</sup> migration de travail	100	97	83	56	34
- 1 <sup>er</sup> mariage	52	48	49	55	61
- naissance du 1 <sup>er</sup> enfant	70	63	64	63	71
Écart 1 <sup>er</sup> mariage – 1 <sup>ère</sup> naissance	18	15	15	8	10

L'importance des migrations de travail comme élément de restructuration des trajectoires ressort également très nettement du côté des femmes, mais il faut attendre les générations 1975-79 pour qu'elles apparaissent comme le premier événement de la jeunesse (tableau 4). On peut remarquer qu'en dépit d'un rapprochement des itinéraires des hommes et des femmes, en particulier de leur expérience migratoire, le temps de jeunesse passée par les femmes avant leur entrée en union reste beaucoup moins long que celui des hommes. Elles restent bien plus que les hommes soumises aux impératifs de la reproduction. Sur les 13 années de vie (12-24 ans), les femmes en passent la moitié en situation d'épouse et plus

du tiers en tant que mère, contre des valeurs de l'ordre de 30 % et 10 % respectivement pour les hommes.

## CONCLUSION

En l'espace d'une cinquantaine d'années, la gestion du temps de jeunesse s'est complètement transformée. La vie des jeunes ne se passe plus qu'en partie au village, les migrations de travail sont devenues un élément incontournable du passage à l'âge adulte. La quasi-totalité des jeunes générations ont vécu une partie de leur adolescence en ville, confrontés à des milieux socio-culturels et à un mode de vie différents de leur milieu d'origine. L'organisation de l'entrée en union s'est également considérablement modifiée. Les responsables familiaux continuent à organiser des mariages, mais ils le font moins systématiquement et moyennant des procédures matrimoniales beaucoup plus souples. Leur intervention a perdu de sa nécessité : les jeunes hommes peuvent espérer trouver une jeune épouse sans recourir à la compétence des « vieux », en contournant les procédures régulières d'accès aux femmes. Ils sont d'ailleurs de plus en plus nombreux à débiter leur vie conjugale avec une femme également célibataire.

Cette évolution s'est faite en deux temps, s'articulant à la fin des années quatre-vingt (générations 1960-69).

La première période est marquée par l'essor des migrations de travail des jeunes hommes, sans changement perceptible du côté des femmes. Dans le même temps, le contrôle exercé par les familles sur l'entrée en union des jeunes s'est assoupli : les processus matrimoniaux se sont raccourcis, les prestations traditionnelles se sont allégées, l'initiative des unions s'est resserrée autour de l'intéressé et de ses proches parents. Cet assouplissement s'est accompagné d'une baisse de l'âge au premier mariage des hommes. Il n'a pas correspondu en revanche à une remise en cause de l'organisation formelle des mises en union : les procédures matrimoniales restent codifiées et mises en œuvre par les responsables familiaux. Les rapports entre sexes et générations ne sont pas fondamentalement remis en cause.

Depuis les années quatre-vingt-dix, le changement paraît beaucoup plus profond. Cette période, marquée par le développement des migrations de travail des jeunes filles, correspond aussi à un relâchement plus marqué de la gestion des mariages par les familles. L'évolution des composantes des procédures matrimoniales, déjà engagée dans la période précédente, se poursuit, mais l'intervention des lignages dans leur mise en œuvre formelle se trouve remise en cause. Un nombre croissant de mariages se concluent désormais en contournant l'ordre des procédures et près de la moitié des enquêtés des jeunes générations ont débuté leur vie conjugale sans que l'union ait été sanctionnée par une cérémonie publique. Ce désengagement des contrôles matrimoniaux se traduit aussi par une simplification et un raccourcissement de la vie matrimoniale préconjugale : les familles engagent moins de procédures pour chercher une épouse à leurs membres, les itinéraires complexes disparaissent et l'expérience de la rupture de processus devient plus rare. Enfin, l'âge au premier mariage devient plus tardif pour les deux sexes.

Ces changements affectant les pratiques migratoires et les modalités d'entrée en union des jeunes mettent en évidence des évolutions très nettes dans le contrôle exercé par les familles sur les jeunes et dans les rapports entre générations. Avec l'essor des migrations, les

jeunes vivent l'encadrement communautaire du village et de la famille, sur un mode beaucoup plus séquentiel. En même temps, ils acquièrent une expérience dont le contenu échappe aux référents familiaux et une culture qui contribue certainement à la définition d'une nouvelle culture de jeunes. Dans le champ matrimonial, le recul des contrôles familiaux est net. Ce champ qui relevait de la seule compétence des aînés est en train de leur échapper et d'être approprié par les intéressés. Pour ces derniers, les jeunes, les générations passées ne sont plus un référent nécessaire pour débiter la vie conjugale.

D'autre part, ces changements mettent en évidence une évolution de la place faite aux femmes et des rapports de genre.

Formellement, le développement des migrations féminines ressemble bien à une reproduction, décalée dans le temps, de l'essor des migrations masculines. Et on peut penser que la pratique de la mobilité conduit les deux sexes à des expériences proches, susceptibles de servir à la construction d'une « culture de jeunesse » partagée, même si elle n'est pas vécue ensemble (à la différence de la jeunesse au village). Pourtant, ces déplacements s'avèrent très différents pour les deux sexes dans leurs caractéristiques (lieu, activité) mais aussi dans leur rapports à l'espace familial. Les migrations masculines, même si elles sont essentiellement d'initiative individuelle, s'intègrent encore assez bien dans l'ordre familial existant. Les migrations féminines pourraient avoir une dimension plus subversive. Réalisées bien plus souvent sans l'accord du responsable familial (« en cachette »), elles répondent très explicitement à des attentes individuelles et leur bénéfice, même modeste, n'est jamais versé au profit de la famille. Les responsables institutionnels maliens perçoivent, faits divers à l'appui, ces migrations des jeunes filles comme un problème de société, associé aux abus de leurs employeurs, aux risque de grossesse préconjugale et de sexualité non protégée. C'est bien la perte de contrôle sur la sexualité des filles qui fait peur. Mais en ville les jeunes filles acquièrent aussi un capital matériel et symbolique, qui les valorisent à leur retour au village, auprès de leurs pairs mais aussi auprès des jeunes hommes. Elle s'imposent désormais de manière plus personnelle. Enfin, l'expérience du rapport aux autres hors des cadres codifiés du village peut forger une compétence et un esprit critique qui pourra s'exercer dans le cadre conjugal qu'elles seront amenées à investir à leur retour.

En matière matrimoniale, des changements qui leur sont favorables se dessinent ; leur âge au mariage a augmenté ; elles débutent plus souvent leur vie conjugale avec un homme également célibataire ; les mariages marqués par un enlèvement, en augmentation, relèvent généralement d'un accord entre les intéressés ; enfin le système de prestations évolue à leur avantage.

Concernant l'évolution des rapports de genre au sein du couple, les indicateurs suggèrent que les couples se constituent sur une base plus consensuelle, plus égalitaire. En même temps, cet encadrement plus faible des unions peut aussi signifier une fragilité plus importante, et pas nécessairement un renforcement du pôle conjugal. Au village, les activités, les espaces de vie restent très différenciés entre les sexes. Et le mariage ne signifie pas la mise en place d'une unité économique autonome puisque le couple s'intègre au groupe domestique du mari. Ces derniers éléments ne vont pas forcément dans le sens d'un rapprochement conjugal.

**BIBLIOGRAPHIE**

- ANTOINE Philippe et SOW Ousmane, 2000, - Rapports de genre et dynamiques migratoires. Le cas de l'Afrique de l'Ouest, Paris, pp. 143-159 in : Michel BOZON et Thérèse LOCOH (dir.), *Rapports de genre et questions de population II Genre, population et développement* -, INED, 196 p. [Dossiers et Recherches N°85].
- CAPRON Jean, 1973. – *Communautés villageoises bwa. Mali - Haute Volta*. – Paris, Museum National d'Histoire Naturelle, 379 p. [Mémoires de l'Institut d'Ethnologie, IX, Tome I, fasc. 1].
- CAPRON Jean, 1988a. – *Sept études d'ethnologie bwa. Mali-Burkina Faso. 1957-1987*. – Tours, Université François-Rabelais de Tours, 254 p. [Mémoire du Laboratoire d'Anthropologie et de Sociologie, n° I].
- CAPRON Jean, 1988b. – *Introduction à l'étude d'une société villageoise. 1955-1968*. – Tours, Université François-Rabelais de Tours, 354 p. [Mémoire du Laboratoire d'Anthropologie et de Sociologie, n° II].
- DELAUNAY Valérie, 1994. – *L'entrée en vie féconde, expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*. – Paris, Ceped, 326 p. [Les Études du Ceped, n°7].
- GAUTHIER Madeleine, 1997. – La migration et le passage à la vie adulte des jeunes d'aujourd'hui in Madeleine GAUTHIER (dir.), *Pourquoi partir ? La migration des jeunes d'hier et d'aujourd'hui*, pp. 105-130 - Sainte-Foy (Québec), 315 p.
- HERTRICH Véronique, 1996. – *Permanences et changements de l'Afrique rurale : dynamiques familiales chez les Bwa du Mali*. – Paris, Ceped, 548 p. [Les Études du Ceped n°14]
- HERTRICH Véronique, 1997a. – Les réponses des hommes valent-elles celles des femmes ? Une double collecte sur les questions génésiques et matrimoniales dans une population du Mali, *Population*, n°1, p. 45-62
- HERTRICH Véronique, 1997b – Les processus d'entrée en union des hommes, changements en cours chez les Bwa du Mali. in : *XXIIIe Congrès général de la population. Beijing, Chine, 11-17 octobre 1997. Contribution des chercheurs de l'INED*, p. 55-6 – Paris, INED, 178 p. [Dossiers et Recherches 69A]
- HERTRICH Véronique, 2001a. – *Suivre les groupes domestiques au fil des recensements : une expérience en milieu rural au Mali, 1976-1999* – Paris, Ined, 19 p. [Communication préparée pour le Quatrième Atelier du projet sur l'Analyse des recensements africains (ACAP), *Mutations sociales et démographie de l'Afrique : Enseignements tirés de l'analyse des données des recensements*, Dakar, 15-18 janvier 2001]
- HERTRICH Véronique, 2001b. – *Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Un premier bilan des tendances de l'entrée en union au cours des 40 dernières années* – Paris, Ined, 38 p. [Communication préparée pour le Colloque international « Genre, population et développement en Afrique », INED-ENSEA-IFORD-UEPA, Abidjan, 16-21 juillet 2001]
- HERTRICH Véronique, 2001c. – *Entrée dans l'âge adulte en milieu rural africain : vers une convergence des trajectoires masculines et féminines ? Le cas des Bwa du Mali* – Paris, Ined, 38 p. [Communication préparée pour XXIVe Congrès international de

- [l'UIESP, Salvador de Bahia (Brésil), 18-24 août 2001]
- MAIR Lucy, 1974. – *Le mariage. Etude anthropologique*. – Paris, Petite Bibliothèque Payot, 235 p.
- SAUVAIN-DUGERDIL Claudine et DIENG Abdoul Wahab, 2001 – Le genre de la « nouvelle culture-jeunes ». Outils d'analyses et hypothèses de travail élaborées sur la base d'une étude exploratoire au Mali. – Abidjan, 19 p. [communication au Colloque international « Genre, population et Développement en Afrique », Abidjan, 15-19 juillet 2001]
- TABET Paola, 1985. – Fertilité naturelle, reproduction forcée, *in* : Nicole-Claude MATHIEU (textes réunis par), *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, p. 61-146. – Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 247 p. [Cahiers de l'Homme MCMLXXXV]



## ***TABLE DES MATIERES***

<b>Introduction</b>	
Véronique HERTRICH et Seydou KEÏTA .....	1
<b>Chapitre 1 : Le Mali et sa population</b>	
Seydou KEÏTA et Famagan Oulé KONATE .....	11
Aperçu géographique, historique et économique .....	12
Géographie .....	12
Histoire .....	13
Économie .....	15
Une population en croissance rapide .....	19
Sources de données démographiques .....	19
Un doublement de la population en moins de trente ans .....	21
Une population jeune .....	24
Disparités régionales .....	25
Le défi urbain .....	28
Encadrement sanitaire et politique de population .....	29
Politique et encadrement sanitaire .....	29
Planification familiale et politique de population .....	31
La scolarisation : une priorité nationale .....	32
1960-1968. La première République .....	35
1968-1990. La deuxième République .....	35
1991-1998. Les débuts de la troisième République.....	36
1998-2007. Le programme décennal de développement de l'éducation .....	37
Des défis qui restent importants .....	38
Conclusion .....	39



**PREMIERE PARTIE**

**Les grands défis démographiques dans le monde**

<b>Chapitre 2 : La fin de la transition démographique, soulagement ou inquiétude ?</b>	
Jacques VALLIN .....	51
La dernière phase de la transition c'est aussi l'exacerbation des déséquilibres .....	52
La fin de la transition n'est pas la fin de ses conséquences .....	57
La fin du processus historique est aussi la mort du paradigme explicatif .....	60
Conclusion .....	63
<b>Chapitre 3 : Grands défis en matière de survie et de développement humain au Sahel</b>	
Baba TRAORE .....	65
Une espérance de vie qui augmente, mais encore trop lentement .....	66
Améliorer la survie des enfants : une étape prioritaire .....	68
La malnutrition : une dimension conjoncturelle de la situation des enfants dans le Sahel .....	69
Développer l'encadrement médical des grossesses : un enjeu pour la santé des mères et des enfants .....	70
L'épidémie de VIH/Sida : une bombe à retardement ? .....	72
Une fécondité toujours élevée .....	73
Les défis d'une croissance démographique rapide .....	75
Développer la scolarisation des filles : une composante incontournable d'un projet de développement pour le Sahel .....	76
Conclusion .....	77

**DEUXIEME PARTIE**

**Mortalité et santé**

<b>Chapitre 4 : La transition sanitaire - Progrès et résistances en Afrique</b>	
France MESLE et Jacques VALLIN .....	83
Convergence et divergences .....	85
Baisse de la mortalité infectieuse puis recul des maladies cardio-vasculaires .	86
Deux entorses graves au schéma de la transition sanitaire .....	88
Le retard africain .....	90
Des progrès plus lents qu'on aurait pu l'attendre .....	93
Crise économique, sida et réémergence de maladies infectieuses .....	95

TABLE DES MATIERES

<b>Chapitre 5 : Mortalité des enfants et enjeux sanitaires au Mali</b>	
Seydou Moussa TRAORE .....	107
Évolution et différentiels de la mortalité dans l'enfance .....	108
Un enfant sur cinq décède avant l'âge de 5 ans .....	108
Une baisse continue de la mortalité, principalement entre 1 et 5 ans .....	109
Milieu de résidence et instruction des mères : deux facteurs de différenciation importants de la mortalité des enfants .....	111
Mortalité et comportements de reproduction .....	113
Santé et accès au système de soins .....	115
Encadrement sanitaire des naissances : des progrès importants mais des inégalités persistantes .....	116
Une couverture vaccinale encore modeste .....	118
Maladies des enfants .....	119
Le sida : un répit provisoire ? .....	121
Conclusion .....	123

**TROISIEME PARTIE**

**Fécondité et changements familiaux**

<b>Chapitre 6 : Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique sub-saharienne</b>	
Thérèse LOCOH .....	129
Un niveau de fécondité encore élevé, mais des évolutions rapides en cours .....	130
La baisse de la fécondité se confirme : niveaux, tendances (1960-2000) .....	130
Structure par âge de la fécondité .....	132
Des différences croissantes entre villes et campagnes .....	134
Description par grandes régions .....	135
Les facteurs de l'évolution de la fécondité .....	136
De la forte valorisation des descendance nombreuses à l'adoption de nouveaux comportements de fécondité .....	136
Les déterminants proches des niveaux de fécondité .....	139
Les politiques de population et la maîtrise de la fécondité : un long parcours encore inachevé .....	144
Contraintes et innovations, quelles perspectives pour les familles africaines au XXI <sup>e</sup> siècle ? .....	147
Rien ne sera plus comme avant... ..	147
Les gains en espérance de vie ont été importants mais ils sont remis en cause par les dévastations de l'épidémie de sida .....	147
Des pratiques matrimoniales en pleine mutation .....	148
La fécondité baisse, mais avec des différentiels très importants .....	151
Quelle sera la marge d'initiative des jeunes ? .....	153
Des femmes entre autonomie et précarité .....	153
Que seront les politiques publiques ? .....	154

<b>Chapitre 7 : La fécondité au Mali : permanence ou changements ?</b>	
Ishaga COULIBALY .....	159
Une fécondité élevée mais contrastée .....	160
Entrée en vie féconde et espacement des naissances :	
les composantes du régime de fécondité ancien ont-elles évolué ? .....	163
L'entrée dans la vie féconde .....	164
Allaitement et espacement des naissances .....	167
La contraception moderne : connaissance, pratique et attentes .....	171
Conclusion .....	173

## QUATRIEME PARTIE

### Dynamiques migratoires

<b>Chapitre 8 : Les nouvelles tendances migratoires en Afrique de l'Ouest</b>	
Sadio TRAORE .....	179
L'évolution des systèmes migratoires ouest-africains .....	181
La migration comme moteur de l'urbanisation en Afrique de l'Ouest .....	183
Motifs et conditions des migrations .....	184
Des motifs de migration différents selon le sexe .....	184
Des décisions rarement isolées .....	186
La décision de migrer associe fréquemment une personne résidant au lieu de destination .....	187
Le soutien familial dans le financement de la migration .....	188
L'installation et les modalités d'insertion en ville .....	189
Le soutien du réseau familial lors de l'installation en ville .....	189
L'insertion sociale : plurilinguisme et réseaux associatifs .....	191
L'insertion économique .....	192
Conclusion .....	194

<b>Chapitre 9 : Migrations et pauvreté au Mali</b>	
Sékouba DIARRA et Pierre CISSE .....	203
Mesure et cartographie de la pauvreté .....	205
Définition de la pauvreté .....	205
Indicateurs .....	205
Cartographie de la pauvreté .....	207
Mesure et cartographie des migrations internes .....	209
Définition et mesure des migrations .....	209
La redistribution inter-régionale de la population liée aux migrations .....	210
Quels liens entre pauvreté et migrations ? .....	214
La migration varie-t-elle avec le niveau de pauvreté des régions ? .....	215
Éléments contextuels .....	218
Les migrations : facteur de réduction ou de maintien de la pauvreté ? .....	221

TABLE DES MATIERES

Conclusion .....	222
------------------	-----

**CINQUIEME PARTIE**

**Suivre les changements en milieu rural**

**Chapitre 10 : Les observatoires de population, outils pour étudier les changements démographiques et sanitaires dans les pays du sud**

Gilles PISON .....	229
Les observatoires de population, de plus en plus nombreux dans les pays du Sud	230
Le regain d'intérêt pour les observatoires de population dans les années quatre-vingt-dix .....	231
Quelques caractéristiques des observatoires .....	233
L'exemple des observatoires de population et de santé de Bandafassi et de Mlomp au Sénégal .....	236
L'observatoire de population et de santé de Bandafassi .....	236
L'observatoire de population de Mlomp .....	241
Un exemple de résultats : l'évolution de la mortalité des enfants .....	241
Conclusion .....	249

**Chapitre 11 : Jeunesse et passage à l'âge adulte chez les Bwa du Mali**

Véronique HERTRICH et Marie LESCLINGAND .....	251
Le système de collecte .....	252
L'enquête renouvelée .....	253
L'enquête biographique .....	254
La population étudiée .....	256
Caractéristiques démographiques .....	256
Caractéristiques socio-économiques .....	257
La période de jeunesse au village .....	258
L'essor de la mobilité juvénile .....	259
Généralisation de la mobilité économique chez les jeunes	260
Convergence des itinéraires migratoires des jeunes femmes et des jeunes hommes .....	261
Des contextes migratoires contrastés entre les sexes .....	262
Le premier mariage : une redéfinition des modalités de formation des couples .....	266
Âge au premier mariage et appariement conjugal .....	266
Les contrôles familiaux sur la formation des couples : les processus matrimoniaux .....	267
La dynamique matrimoniale préconjugale .....	273
Trajectoires de jeunesse .....	276
Conclusion .....	278

<b>Orientations bibliographiques .....</b>	<b>283</b>
--	------------



## **ORIENTATIONS BIBLIOGRAPHIQUES**

Sont recensés ci-après quelques ouvrages destinés à orienter le lecteur intéressé par les questions de population. Pour une littérature plus spécialisée, consulter les grandes revues de démographie, recensées sur le site de l'INED (<http://www.ined.fr/>) dans la rubrique *Documentation et Bibliothèque, Site des revues d'intérêt démographique* (<http://library.ined.fr/>)

### **MONDE**

- CHASTELAND Jean-Claude et CHESNAIS Jean-Claude (sous la direction de), 2002. – *La population du monde : géants démographiques et défis internationaux*. – Paris, INED, 768 p. [Les Cahiers de l'INED, n°149 (2<sup>ème</sup> éd.)]
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA), 2002. – *État de la population mondiale 2002 : population, pauvreté et potentialités*. – New-York, UNFPA, 79 p. [Site Internet : <http://www.unfpa.org/>]
- PISON Gilles, 2003. – Tous les pays du monde, *Populations et Sociétés*, bulletin de l'INED, n°392, juillet-août 2003, 6 p. [Site Internet : <http://www.ined.fr/population-en-chiffres/monde/>]
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement), 2003. – *Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003. Les Objectifs du Millénaire pour le développement: Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. – Paris, Économica, 376 p. [<http://www.undp.org/>]
- POPULATION REFERENCE BUREAU, 2003. – *World population data sheet : demographic data and estimates for the countries and regions of the world*. – Washington D.C., Population reference bureau [Site Internet : <http://www.prb.org/>]
- UNITED NATIONS, 2003. – *Fertility, contraception and population policies*. – New-York, Population division, Department of economic and social affairs, 37 p. [Site Internet : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>]
- UNITED NATIONS, 2003. – *World population prospects : the 2002 revision*. – New-York, Population Division, Department of economic and social affairs, 90 p. [Site Internet : <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>]
- VALLIN Jacques, 1993. – *La population mondiale* (4<sup>ème</sup> éd.). – Paris, La Découverte, 126 p.

### **AFRIQUE, AFRIQUE DE L'OUEST**

- ADEPOJU Aderanti, 1999. – *La famille africaine : politiques démographiques et développement*. – Paris, Karthala, 318 p. [Coll. Questions d'enfances]
- BAKER Jonathan, AINA Tade Akin (éds), 1995. – *The migration experience in Africa*. – Uppsala, Nordiska Afrikainstitutet, 354 p.

- BLEDSONE Caroline et PISON Gilles (éds), 1994. – *Nuptiality in Sub-saharan Africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives.* – Oxford, Clarendon Press, 326 p.
- BOCQUIER Philippe, TRAORE Sadio, 2000. – *Urbanisation et dynamique migratoire en Afrique de l'Ouest : la croissance urbaine en panne.* – Paris, L'Harmattan, 148 p.
- COUSSY Jean et VALLIN Jacques (sous la direction de), 1996. – *Crise et population en Afrique : crises économiques, politique d'ajustement et dynamiques démographiques.* – Paris, CEPED, 580 p. [Les Études du CEPED n°13]
- CALDWELL John, 1982. – *Theory of fertility decline.* – Londres, Academic Press, 386 p
- CALDWELL John C., HILL Allan G., HULL Valerie J., 1988. – *Micro-approaches to demographic research.* – London, Kegan Paul International, 500 p.
- FOOTE Karen A., HILL Kenneth H. et MARTIN Linda G. (éds), 1996. – *Changements démographiques en Afrique subsaharienne.* – Paris, INED/PUF, 372 p. [Travaux et Documents n°135]
- GAUTIER Arlette et PILON Marc, 1997. – *Familles du sud.* – Paris, Autrepart, n°2, 174 p.
- GENDREAU Francis (sous la direction de), 2001. – *Les transitions démographiques des pays du sud.* – Paris, Estem, 505 p. [Actes des 3èmes journées du Réseau démographie, Rabat, 9-12 décembre 1998]
- GENDREAU Francis (sous la direction de), 1998. – *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du sud.* – Paris, Estem, 415 p.
- GENDREAU Francis, 1996. – *Démographies africaines.* – Paris, Estem, 128 p.
- GENDREAU Francis, 1993. – *La population de l'Afrique : manuel de démographie.* – Paris, CEPED-Khartala, 464 p.
- HILL Allan G. (éd.), 1990. – *Determinants of health and mortality in Africa.* – Columbia, DHS, 238 p.
- HILL Allan G. (éd.), 1985. – *Population, health and nutrition in the Sahel : issues in the welfare of selected west African communities.* – Londres, London School of Hygiène and Tropical Medicine, KPI, 399 p.
- LESTHAEGHE Ron J. (éd.), 1989. – *Reproduction and social organization in sub-Saharan Africa.* – Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 556 p.
- LOCOH Thérèse et HERTRICH Véronique (éds), 1994. – *The onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa.* – Liège, IUSSP, Derouaux Ordina, 308 p.
- LOCOH Thérèse et N'GUESSAN Koffi (éds), 1999. – *Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest.* – Abidjan, ENSEA-FNUAP, 169 p.
- BILSBORROW Richard E. (éd), 1998. – *Migration, urbanization and development : new directions and issues.* – New York, UNFPA, 531 p. [Proceedings of the symposium on internal migration and urbanization in developing countries, 22-24 January 1996, New York]
- PILON Marc et GUILLAUME Agnès (éds), 2000. – *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud.* – Paris, IRD, 321 p. [Actes des 5<sup>èmes</sup> Journées démographiques de l'ORSTOM, Paris, 28-30 septembre 1994]
- PILON Marc, LOCOH Thérèse et al. (sous la direction de), 1997. – *Ménages et familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines.* – Paris, CEPED, 408 p. [Les Études du CEPED n°15]

- PISON Gilles, VAN DE WALLE Etienne et SALA-DIAKANDA Mpembele (éds), 1992. – *Mortalité et société en Afrique au sud du Sahara*. – Paris, INED, PUF, UIESP, IFORD, Muséum National d'Histoire Naturelle, 446 p. [Travaux et Documents de l'INED, n°124]
- QUESNEL André et VIMARD Patrice (éds.), 1991. – *Migrations, changements sociaux et développement*. – Paris, ORSTOM, 388 p. [Troisièmes journées démographiques, Paris de l'ORSTOM, 20-22 septembre 1988]
- TABUTIN Dominique (sous la direction de), 1988. – *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*. – Paris, L'Harmattan, 552 p.
- VIMARD Patrice et ZANOU Benjamin (sous la direction de), 2000. – *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. – Paris, L'Harmattan, 297 p.
- VAN DE WALLE Etienne, et al. (éds), 1988. – *L'état de la démographie africaine*. – Liège, UIESP, 156 p.
- UNION POUR L'ETUDE DE LA POPULATION AFRICAINE (UEPA), 2003. – *Population et développement en Afrique de l'Ouest : bibliographie annotée 1990-2001*. – Dakar, UEPA, 2 volumes, 294 p. et 276 p.

## MALI

### Ouvrages généraux

- ANTOINE Philippe, OUEDRAOGO Dieudonné et PICHE Victor (éds), 1998. – *Trois générations de citadins au Sahel : trente ans d'histoire sociale à Dakar et à Bamako*. – Paris, L'Harmattan, 276 p.
- BOCQUIER Philippe et DIARRA Tiéman (coordonné par), 1999. – *Population et société au Mali*. – Paris, L'Harmattan, 204 p.
- FARGUES Philippe et NASSOUR Ouaïdou, 1988. – *Douze ans de mortalité urbaine au Sahel : niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako 1974-1985*. – Paris, INED-Institut du Sahel-PUF, 198 p. [Travaux et Documents de l'INED n°123]
- MARCOUX Richard, 1993. – *L'école ou le travail. L'activité des enfants et les caractéristiques des ménages en milieu urbain au Mali*. – Montréal (Québec), Université de Montréal, 268 p.
- OUEDRAOGO Dieudonné et PICHE Victor (éds), 1998. – *L'insertion urbaine à Bamako*. – Paris, Karthala, 206 p. [coll. Économie et développement]
- UNICEF, 1989. – *Enfants et femmes au Mali : une analyse de la situation*. – Paris, UNICEF-L'Harmattan, 253 p.

### Ouvrages sur des populations particulières

- CAZES Marie-Hélène (sous la direction de), 1993. – *Les Dogon de Boni : approche démographique d'un isolat du Mali*. – Paris, INED, 306 p. [Travaux et Documents de l'INED n°132]
- HERTRICH Véronique, 1996. – *Permanences et changements de l'Afrique rurale : dynamiques familiales chez les Bwa du Mali*. – Paris, CEPED, 548 p. [Les Études du CEPED n°14]
- HILL Allan G., RANDALL, Sara C.; VAN DEN EERENBEEMT Marie-Louise, 1983. – *Infant and*



- child mortality in rural Mali.* – London, Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 46 p.
- HILL Allan, RANDALL Sarah et SULLIVAN Oriel, 1982. – *The mortality and fertility of farmers and pastoralists in Central Mali 1950-81.* – Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 54 p. [CSP Research Paper n° 82-4, Centre for Population Studies].
- PETIT Véronique, 1998. – *Migrations et société Dogon.* – Paris, L'Harmattan, 331 p.
- TRAORE Baba, GUEYE Mouhamadou, TRAORE Sadio *et al.* – *Observatoire de population de Kolondiéba : analyse des résultats de l'enquête de base.* – Bamako, CERPOD, 103 p.

## **Recensements généraux de la population**

### ***Recensement général de la population et de l'habitat 1998***

- REPUBLIQUE DU MALI, 2001 – *Recensement général de la population et de l'habitat (avril 1998). Résultats définitifs.* – Bamako, Ministère de l'économie et des finances, Direction nationale de la statistique et de l'informatique.
- *Vol. 1. Série socio-démographique*, 732 p.
  - *Vol. 2. Série économique*, 690 p.
  - *Vol. 3. Série habitat*, 100 p.
  - *Vol. 4. Répertoire de village*, 164 p.

### ***Recensement général de population 1987***

- REPUBLIQUE DU MALI, 1990. – *Recensement général de la population et de l'habitat 1987. Résultats définitifs Ensemble du pays.* – Bamako, Ministère du Plan, Bureau central de recensement, Direction nationale de la statistique et de l'informatique.
- *Tome 1. Population, économie, habitat*, 236 p.
  - *Tome 2. Répertoire des villages.*
- REPUBLIQUE DU MALI, 1991. – *Recensement général de la population et de l'habitat 1987. Analyse.* – Bamako, Ministère du Plan, Bureau central de recensement, Direction nationale de la statistique et de l'informatique
- *Tome 1. État de la population*, 126 p.
  - *Tome 2. Natalité - Fécondité - Mortalité – Migration*, 191 p.
  - *Tome 3. Activité économique*, 90 p.
  - *Tome 4. Fréquentation scolaire, scolarisation et alphabétisation*, 139 p.
  - *Tome 5. Habitat et ménage*, 89 p.
  - *Tome 6. Perspectives de la population résidente du Mali de 1987 à 2022*, 286 p.

### ***Recensement général de population 1976***

- REPUBLIQUE DU MALI, 1980. – *Recensement général de la population 1976. Résultats définitifs.* – Bamako, Ministère du Plan, Bureau central de recensement, Direction nationale de la statistique et de l'informatique
- *Vol. I. Série population et socio-démographique*. 384 p.

## ORIENTATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- *Vol. II, Série économique*, 525 p.
- *Vol. III, Répertoire de villages*, 175 p.

REPUBLIQUE DU MALI. – *Analyse du recensement de 1976*. – Bamako, Ministère du Plan, Bureau central de recensement, Direction nationale de la statistique et de l'informatique

- *Tome I. Principales caractéristiques de la population malienne à partir des résultats définitifs du recensement de 1976*, 54 p. (1982)
- *Tome III. Caractéristiques démographiques*, 243 p. (1985)
- *Tome IV. Fréquentation scolaire et niveau d'instruction*, 139 p. (1984)
- *Tome V. Activité économique*, 145 p. (1985)
- *Tome VI. Perspectives de la population résidente du mali de 1977 à 2007*, 127 p. (1985)
- *Tome VII. Études spéciales*, 119 p. (1985)

### **Enquêtes démographiques nationales**

#### ***Enquêtes démographiques et de santé (EDS).***

Accessibles sur le site de Macro international : <http://www.measuredhs.com/>

TRAORE Baba *et al.*, 1989. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1987*. – Bamako, CERPOD ; Columbia, Institute for Resource Development, 187 p.

COULIBALY Salif *et al.*, 1996. – *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-96*. – Bamako, DNSI ; Calverton, Macro International, 376 p.

BALLO Mamadou Masséry *et al.*, 2002. – *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*. – Bamako, DNSI ; Calverton, Macro International, 450 p.

#### ***Enquêtes démographiques***

REPUBLIQUE DU MALI, SERVICE DE LA STATISTIQUE. – *Enquête démographique au Mali. 1960-61*. – INSEE, Service de la coopération, Secrétariat d'état des affaires étrangères.

RESEAU MIGRATION ET URBANISATION EN AFRIQUE DE L'OUEST (REMUAO), 1996. – *Enquête Malienne sur les Migrations et l'Urbanisation (EMMU) 1992-93. Rapport national descriptif*. – Bamako, CERPOD, 168 p.

### **SITES INTERNET**

De nombreuses informations sont accessibles sur les sites internet des organismes et associations traitant des questions de populations.

Quelques sites donnant des informations en français :

Union pour l'étude de la population africaine (UEPA) : <http://www.uaps.org/>

Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP) : <http://www.iussp.org/>

## QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

Association internationale des démographes de langue française (AIDELF) : <http://www.aidelf.org/>

Comité international de coopération dans les recherches nationales en démographie (CICRED) :  
<http://www.cicred.org>

Réseau thématique de recherche partagée en démographie (AUPELF-UREF) :  
<http://www.demographie.refer.org/>

Réseau africain de démographie (DemoNetA) : <http://membres.lycos.fr/demoneta/>

Institut national d'études démographiques (INED) : <http://www.ined.fr>

Institut de recherche pour le développement (IRD) : <http://www.ird.fr>

Centre population et développement (CEPED) : <http://ceped.cirad.fr/>

Institut de démographie, Université catholique de Louvain (Belgique) :  
<http://www.demo.ucl.ac.be/>

Département de démographie, Université de Montréal (Canada) :  
<http://www.demo.umontreal.ca/>

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) : <http://www.unfpa.org/>

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) : <http://www.undp.org/>

Population Council : <http://www.popcouncil.org/>

Population Reference Bureau : <http://www.prb.org/>

### **INSTITUTS DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN AFRIQUE DE L'OUEST**

Centre d'études et de recherches en population et développement (CERPOD), Bamako (Mali) : <http://www.insah.org/index.html>

École nationale de statistique et d'économie appliquée (ENSEA), Abidjan (Côte d'Ivoire) :  
<http://www.ensea.refer.ci/>

Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Yaoundé (Cameroun) :  
<http://ceped.cirad.fr/ifordweb/>

Réseau INDEPTH (International network of field sites with continuous demographic evaluation of populations and their health in developing countries) :  
<http://www.indepth-network.org/>

Unité d'enseignement et de recherche en Démographie (UERD), Ouagadougou (Burkina Faso) : <http://membres.lycos.fr/uerd/>

Unité de recherche démographique (URD), Lomé (Togo) : <http://membres.lycos.fr/urdlome/>

En ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, le Mali semble plutôt bien parti. Reprise de la croissance économique, essor de la scolarisation, poursuite de la baisse de la mortalité attestent des progrès accomplis depuis l'instauration, en 1991, d'un régime démocratique stable et l'adoption d'une politique ambitieuse de développement. Les performances socio-économiques du pays pendant la dernière décennie figurent parmi les meilleures de la sous-région.

Cependant bien des efforts restent à faire pour sortir le pays de la pauvreté, et assurer la poursuite des progrès au bénéfice de toutes les catégories de populations. La forte croissance démographique n'est pas le moindre des défis. Offrir les services publics de base (santé, école...) à des générations de plus en plus nombreuses suppose une mobilisation considérable de moyens dont le déploiement s'avère aujourd'hui déjà bien difficile. La baisse de la fécondité a commencé dans les catégories urbaines et instruites mais elle n'a pas encore touché la majorité des populations maliennes, rurales et peu scolarisées. Au rythme actuel, la population du Mali double en un quart de siècle.

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

Il fait suite aux journées démographiques « *Questions de population. Des enjeux internationaux aux perspectives locales* » organisées les 6, 7 et 9 janvier 2003 à Bamako et à San, dans le cadre d'un partenariat entre l'Institut national d'études démographiques (INED, Paris) et le Centre national de la recherche scientifique et technologique (CNRST, Bamako), le Centre d'études et de recherche sur la population et le développement (CERPOD-INSAH, Bamako), la Direction nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI, Bamako) et l'Université de Bamako (ENSUP – FLASH), avec le soutien du Fonds de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France au Mali.

Cet ouvrage a été publié avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour la population au Mali (UNFPA, Bamako).

**ISBN 2-84258-039-7**