



FNUAP

Fundação Cuidar o Futuro

Angola: Rapport National

III Conférence internationale
sur la population et le développement
Nations Unies, Caire, 1994

Fundação Cuidar o Futuro



Fundação Cuidar o Futuro

III CONFERENCE INTERNATIONALE SUR
LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT

(Nations Unies, Caire, 1994)

ANGOLA: RAPPORT NATIONAL

Luanda, Août 1993

Fundação Cuidar o Futuro

COMISSÃO TÉCNICA INTERMINISTERIAL PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO NACIONAL
SOBRE POPULAÇÃO
III CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

COORDENAÇÃO:
UNIDADE DE POPULAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEAMENTO
GOVERNO DE ANGOLA

Fundação Cuidar o Futuro

| | | |
|---------------|--|----|
| CHAPITRE III | LA SITUATION DE LA POLITIQUE DE POPULATION EN ANGOLA | |
| 1. | La Perception de la Problématique | 39 |
| 2. | Les Programmes Sanitaires de Soins de Santé Primaires | 40 |
| | 2.1. De Santé Maternelle et Infantile | 40 |
| | 2.2. De la Lutte Contre les Principales Épidémies | 41 |
| | 2.3. Des Médicaments et Équipements | 41 |
| 3. | Aspects Particuliers des Programmes de Population | 42 |
| | 3.1. Le Programme de Planning Familial | 42 |
| | 3.1.1. Evolution et Couverture du Programme | 42 |
| | 3.1.2. Accessibilité des Services de Santé | 39 |
| | 3.1.3. Disponibilité de Ressources Humaines | 44 |
| | 3.1.4. Composante Information-Education- Communication et Développement Communautaire | 44 |
| | 3.2. Le Programme National de la Lutte Contre le SIDA | 45 |
| | 3.3. Le Programme National de l'Information-Communication et Education pour la Santé | 45 |
| | 3.4. Education en Matière de Population pour la Vie Familiale dans les Écoles | 45 |
| CHAPITRE IV | FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE FUTURE DE POPULATION DE L'ANGOLA | |
| | Fundação Cuidar o Futuro | |
| 1. | Justification | 47 |
| 2. | Principes | 48 |
| 3. | Objectifs | 49 |
| 4. | Directives et Stratégies | 50 |
| | 4.1. Santé Maternelle et Infantile | 50 |
| | 4.2. Fécondité et Espacement des Naissances | 51 |
| | 4.3. Promotion et Développement de la Femme | 52 |
| | 4.4. Promotion et Appui à la Jeunesse | 53 |
| | 4.5. Protection de la Famille | 54 |
| | 4.6. Migration et Déconcentration Urbaine | 54 |
| | 4.7. Assainissement de Base | 56 |
| | 4.8. Préservation du Milieu ou de l'Environnement | 56 |
| | 4.9. Disponibilité d'une Base Statistique | 58 |
| | 4.10. Formation de Cadres ou Techniciens | 58 |
| CHAPITRE V | SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS | 59 |
| BIBLIOGRAPHIE | | 63 |

PREAMBULE

Située sur la côte Sud Ouest de l'Afrique, entre les méridiens de 11° et 24° Est et entre les parallèles 4° et 18° Sud, la République de l'Angola couvre une superficie de 1.246.700 km² partageant ses frontières avec le Congo et le Zaïre au Nord, le Zaïre et la Zambie à l'Est, la Namibie au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest (voir carte). On y dénombre plusieurs ethnies dont les principaux groupes ethno-linguistiques sont les Bakongo, Ngangela, Chockwe, Humbe, Mbundu, Nhaneca, Ovambo, Ovimbundu, Koissan.

Le pays détient un potentiel agricole considérable, dispose d'immenses ressources minières, incluant du pétrole, du diamant, de l'or, du fer, etc. et présente un important potentiel hydroélectrique, forestier et de pêche. Sa population actuelle est estimée à 11 millions d'habitants, ce qui lui confère une densité démographique un peu inférieure à 9 habitants/km².

Aujourd'hui, les ressources minières produisent la plus grande partie de recettes d'exportation du pays. Le pétrole se révèle le pourvoyeur de l'économie (en 1991, 95% de valeur totale des exportations de l'ordre de 3,4 billions de dollars). Le PIB per capita est de l'ordre de USD 625,00; ce qui classe l'Angola dans le groupe des pays africains de rendement moyen, mais ne reflète pas le niveau réel de développement de la population angolaise, qui jouit encore de conditions sociales très insatisfaisantes. L'indice de développement humain calculé pour le pays (169) le classe dans l'ensemble des 22 pays du monde qui présentent les niveaux les plus bas: l'espérance de vie à la naissance de la population angolaise est à peine de 45 ans, le taux de mortalité infantile de 160 pour mille, moins de 30% de la population a accès aux services de santé, à l'eau potable, le taux d'alphabétisation des adultes est à peine de 42%, dont 56% pour les hommes et 29% pour les femmes. En Mai 1991, les négociations entre le Gouvernement et l'opposition armée, UNITA, tendant à mettre fin à la guerre civile avaient signé les accords de Bicesse (Portugal). Pendant un intervalle de 17 mois séparant la signature des accords de Bicesse (Portugal) et la réalisation des élections en Septembre 1992, l'Angola a connu l'unique période de paix complète de son histoire.

Cependant les derniers mois de 1992 ont connu une récruescence des hostilités. Des villes sont rasées, des populations décimées, l'exode des réfugiés vers les principales villes s'est multiplié, des écoles et hôpitaux sont détruits, des infrastructures sont restées irrécupérables.

En Mars 1993, le Gouvernement de la République de l'Angola faisait la déclaration d'une économie d'émergence à prévaloir dans le pays jusqu'à atteindre la paix définitive. Dans cette situation, il n'y a qu'à continuer avec la préparation des activités à mettre en oeuvre dans le temps futur, dès l'instant qu'elles ne soient pas opposées à l'effort plus immédiat que la nation est en train d'entreprendre. Il va sans dire que les activités de planification économique et sociale du pays et, aussi l'étude et l'analyse de facettes variées de la problématique de population, s'insèrent plus précisément dans ces tâches préparatoires même si elles sont rendues difficiles par la situation actuelle de guerre.

Fundação Cuidar o Futuro

Fundação Cuidar o Futuro

CHAPITRE I

LE CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

1. Introduction: La Base Statistique Disponible

La base des données statistiques disponible sur la population angolaise est assez fragile. Bien qu'elles soient fragmentaires, ces données démographiques existantes sont peu fiables. C'est une préoccupation qui nous interpelle tous, en vue d'une action concertée pour répondre aux exigences futures de la planification nationale.

Après l'indépendance en 1975, il y a eu la tentative de réaliser un recensement général de la population. En raison de la situation de guerre civile, on a pu opter pour un recensement régional couvrant les provinces et municipalités non directement touchées par le conflit. Ce recensement a donc été réalisé entre 1983 et 1985.

Les résultats obtenus se trouvent encore dans la phase d'exploitation pour l'analyse postérieure à l'Institut National de la Statistique.

Les autres sources de données sont également fragmentaires. Le système d'enregistrement d'état civil qui, pendant la période coloniale, fonctionnait de manière raisonnable dans les milieux urbains, s'est détérioré pour ne pas servir à des fins statistiques. Une base prometteuse plus récente de données disponibles pour toutes les provinces, qui pourra être plus propice, le registre électoral des citoyens âgés de 18 ans et plus résidents dans le pays jusqu'en Septembre 1992, malheureusement, une telle base n'est pas encore accessible pour une analyse plus fouillée et actualisée de la population angolaise répartie par âge, sexe, lieu de naissance et par registre électoral. Il s'avère que Luanda a concentré une grande partie d'effets (y compris migratoires) issus de la désorganisation des activités économiques et sociales produits par la guerre civile. A peine, deux enquêtes de fonds à des fins d'analyse socio-démographique avaient pu avoir lieu depuis la date du recensement provincial ou régional de 1983. Une d'elles (enquêtes) était une enquête sur le budget ménager, réalisée en 1990 par l'UNICEF et le Ministère du Plan auprès de 1530 agrégats familiaux localisés à la périphérie de la ville. Une autre enquête sur l'emploi et le chômage a été réalisée par l'Institut National de la Statistique (INE), auprès d'un échantillon de 1176 unités habitationnelles de toute la province. Elle était conçue comme une première étape expérimentale d'un programme permanent d'enquêtes sur les foyers que l'INE prétend développer ultérieurement sur l'ensemble du pays.



Les recensements provinciaux et ces deux enquêtes constitueront, en fait, les principales sources de données qui seront utilisées dans la caractérisation du contexte socio-démographique angolais.

2. La Population Résidente: Accroissement et Localisation

En 1993, il est estimé que la population résidente en Angola avait totalisé près de 11 millions d'habitants ou de personnes. Ceci correspond à une densité démographique de 8,8 habitants/km², bien inférieure à la moyenne de l'Afrique au Sud du Sahara comme un tout (21 hab/km²) et même à sa région centrale (10,6 hab/km²) à laquelle l'Angola fait partie.

Concernant les tendances de l'accroissement de la population, on peut présumer que le taux observé pour les années 70, aurait été fortement affecté par la sous-estimation enregistrée dans le dernier recensement colonial réalisé dans le pays (1970) et non compensée par la sortie massive des colons portugais (près de 300.000) qui s'est aussi vérifiée durant cette décennie. Dès lors, les extrapolations de tendances et estimations paraissent indiquer que l'intensité de l'accroissement de la population serait la reprise d'un nouvel élan, convergeant pour se rapprocher de la moyenne prépondérante en Afrique (3,0% par an) et seulement après le prochain virement de siècle, commencerait à décroître (Tableau 1).

Les différentiels des taux d'accroissement de populations résidentes dans les zones urbaines et rurales reflètent à plus forte dose les vicissitudes que la population angolaise a passé. L'intensité de ce processus se révèle par l'estimation de 1970-1990, moins de 2/3 de tout accroissement enregistré dans la population angolaise était produit ou absorbés par les zones urbaines du pays. Déjà en 1990, ces zones urbaines abritaient 37% de la population du pays. Avec les tendances identifiées persistantes, l'Angola pourrait avoir au virement du siècle, 2/5 de sa population à résider dans les zones urbaines et être, aux environs de l'an 2020, un pays à population majoritairement urbaine.

Tableau 1

ANGOLA: Population par Zone de Résidence, Taux d'Accroissement et Degré d'Urbanisation

| Année | Population Résidente (en milliers) | | | Taux d'Accroissement (% par an) | | | Densité Démographique (hab/km ²) | Degré d'Urbanisation (%) |
|-------|---------------------------------------|-------------------------|----------|------------------------------------|---------|--------|--|-----------------------------|
| | Total | Urbaine | Rurale | Total | Urbaine | Rurale | | |
| 1970 | 5.588,0 ⁽¹⁾ | 789,2 ⁽¹⁾ | 4.798,7 | --- | --- | --- | 4,5 | 14,1 |
| 1980 | 7.722,0 ⁽²⁾ | 1.791,1 ⁽³⁾ | 5.930,9 | 3,3 | 8,5 | 2,1 | 6,2 | 23,2 |
| 1990 | 10.002,0 ⁽²⁾ | 3.705,6 ⁽³⁾ | 6.296,4 | 2,7 | 7,5 | 0,6 | 8,0 | 37,1 |
| 2000 | 13.295,0 ⁽²⁾ | 5.428,8 ⁽⁴⁾ | 7.866,2 | 2,9 | 3,9 | 2,2 | 10,7 | 40,8 |
| 2010 | 17.561,0 ⁽²⁾ | 7.953,4 ⁽⁴⁾ | 9.607,6 | 2,8 | 3,9 | 2,0 | 14,1 | 45,3 |
| 2020 | 22.438,0 ⁽²⁾ | 11.652,0 ⁽⁵⁾ | 10.786,0 | 2,5 | 3,9 | 1,1 | 18,0 | 51,9 |

Sources: (1) Recensement Colonial; (2) Projections des Nations Unies (variante moyenne) in United Nations/DIESA, *The Sex and Age Distributions of Population*, N.York, 1991; (3) Estimations et Projections de l'Institut National de la Statistique (INE), *Bulletin Démographique n° 4*, Luanda, 1987; (4) Valeurs interpolées sur base des estimations pour l'année 1990 (INE) et 2020 (Nations Unies); (5) Estimations des Nations Unies cf. United Nations/DIESA, *World Urbanization Prospects*, 1990, N.York, 1991

Concernant la distribution spatiale, le vaste territoire angolais présente une occupation assez inégale, avec des densités qui variaient en 1990, entre 0,6 hab/km² dans la province de Kuando-Kubango et 638,7 hab/km² dans la province de Luanda. La deuxième province démographiquement plus dense du pays était Huambo, avec 43,3 hab/km². Au-delà des densités proches ou inférieures à 20,0 hab/km² présentés dans 8 provinces, cette moyenne restait bien en dessous de la moyenne nationale observée en cours de la même année (8,0 hab/km²).

3. La Structure de la Population

La structure de la population angolaise se caractérise par un contingent assez jeune. En fait, c'est une structure d'âge à base assez large et à sommet étroit, qui reflète principalement un nombre élevé d'enfants qui naissent, un effet naturel de haute fécondité prévalant dans le pays. (Graphique 1)

Tableau 2

Angola: Distribution de la Population par Grandes Tranches d'âges et Sexe, Selon le Milieu d'Habitat - 1991

(en %)

| Tranches d'Âge | Milieux Urbains | | | Milieux Ruraux | | |
|----------------|-----------------|--------|-------|----------------|--------|-------|
| | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total |
| Moins 15 ans | 24,9 | 25,0 | 49,9 | 25,5 | 25,1 | 50,5 |
| 15 - 59 | 21,8 | 24,7 | 46,5 | 17,6 | 24,8 | 42,4 |
| 60 et + ans | 1,7 | 2,0 | 3,7 | 3,2 | 3,9 | 7,1 |
| TOTAL | 48,4 | 51,6 | 100,0 | 46,4 | 53,6 | 100,0 |

Source: COLAÇO, L.F.S., "La situation de la femme..." 1991

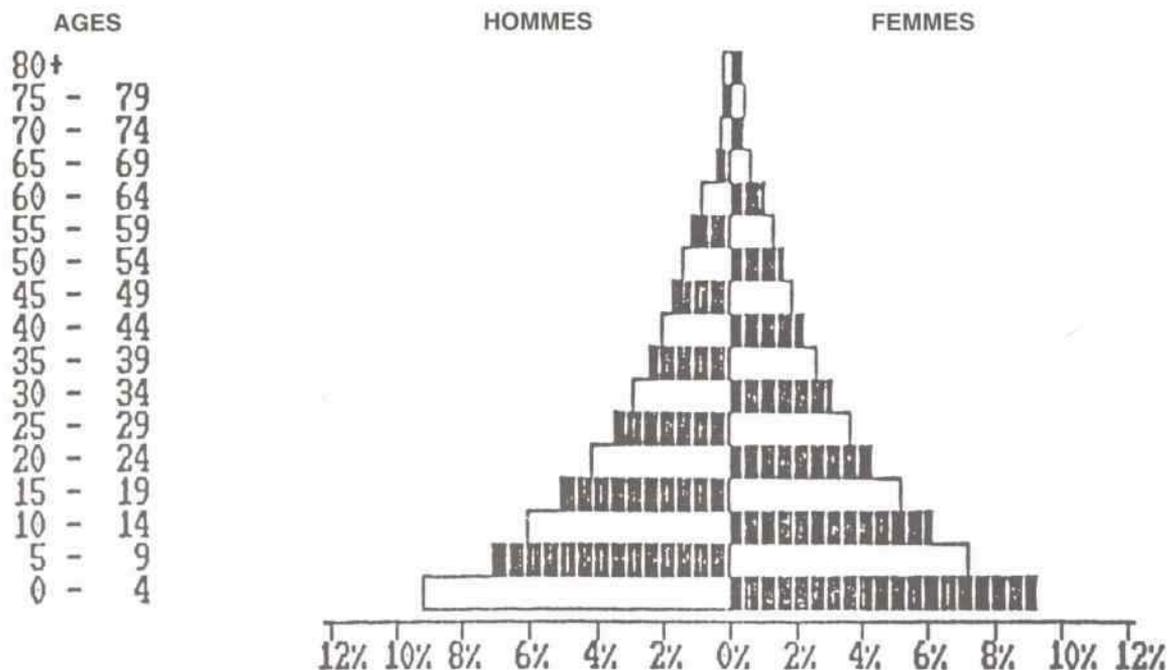
Dans le but d'identifier quelques différentiels révélés par ces structures, il est résumé au Tableau 2 la composition relative de la population angolaise répartie par grandes tranches d'âge et milieux d'habitat.

Il est possible de noter que la tranche d'âge qui réunit la population la plus jeune (moins de 15 ans), présente des proportions qui ne se montrent pas substantiellement différentes, ni par sexe, ni par milieu d'habitat. Dans tous les cas, il correspond à à peu près de la moitié des contingents respectifs, reflétant ainsi la jeunesse qui, en fait, est une des caractéristiques marquantes de la population angolaise du point de vue démographique.

Fundação Cuidar o Futuro

GRAPHIQUE 1

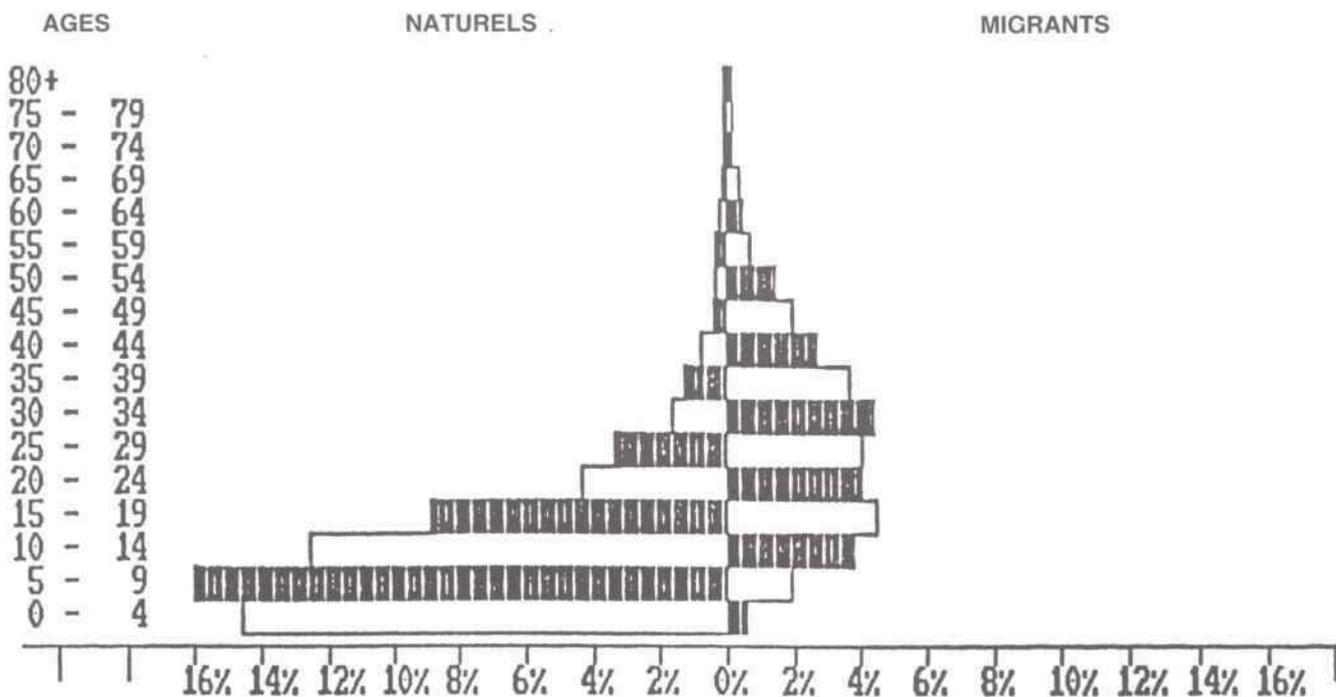
ANGOLA: DISTRIBUTION DE LA POPULATION PAR SEXE ET AGE - 1990



GRAPHIQUE 2

Fundação Cuidar o Futuro

LUANDA: DISTRIBUTION DE LA POPULATION PAR AGE SELON LE LIEU DE NAISSANCE - 1992



En ce qui concerne les tranches d'âge de population active (15-59 ans), ou potentiellement active, vu sous l'angle économique, il est possible de comprendre quelques différences qui se montrent très significatives aussi bien en terme de proportions entre les sexes, que de participation propre relative à cette tranche d'âge qui représente chacun des totaux considérables. Dans les milieux ruraux, la proportion des femmes en âge actif aurait atteint, en 1990, 24,8%, contre 17,6% des hommes. Déjà, dans les milieux urbains, les différences entre ces pourcentages, 24,8% et 21,8% respectivement, seraient moins aigües (accentuées). Tenant compte de la guerre civile qui sévit dans le pays depuis 1975, d'une part, et l'importance qu'aurait pris la migration interne rurale qui s'oriente principalement vers les grandes villes du pays, d'autre part, on peut déduire que les différences dans ces pourcentages, reflètent une forte sélectivité par sexe au niveau de la population en âge actif qui abandonne les milieux ruraux du pays.

Les informations résultant de la récente enquête réalisée dans la capitale angolaise démontrent que les contingents non-migrants et migrants de la population résidente, présentent des structures par âge assez différentes entre elles (Graphique 2). Comme on peut le comprendre, la population non-migrante de Luanda présente une grande concentration de personnes en bas âges, surtout en âges infantiles. Il en résulte que les âges moyens et médians sont bien inférieurs à ceux de la population migrante et les indices de dépendance sont bien plus élevés. (Tableau 3)

Fundação Cuidar o Futuro

Tableau 3

LUANDA: Distribution de la Population par Age et Sexe Selon La Situation de Naturalité - 1992

| Tranches d'Age | Population Totale | | | Hommes | | | Femmes | | |
|------------------------------|-------------------|----------|---------|----------|----------|-------|----------|----------|-------|
| | Naturels | Migrants | Total | Naturels | Migrants | Total | Naturels | Migrants | Total |
| A. Population | | | | | | | | | |
| 0-4 ans | 22,4 | 1,6 | 15,1 | 22,1 | 1,5 | 14,8 | 22,8 | 1,8 | 15,4 |
| 5-9 | 24,6 | 5,3 | 17,8 | 26,0 | 3,7 | 18,1 | 23,2 | 6,9 | 17,4 |
| 10-14 | 19,3 | 10,7 | 16,3 | 19,3 | 9,1 | 15,7 | 19,3 | 12,4 | 16,9 |
| 15-19 | 13,7 | 12,8 | 13,3 | 14,4 | 10,4 | 14,2 | 12,9 | 11,6 | 12,4 |
| 20-24 | 6,7 | 11,4 | 8,4 | 5,9 | 11,7 | 8,0 | 7,5 | 11,1 | 8,8 |
| 25-29 | 5,2 | 11,4 | 7,4 | 4,8 | 10,9 | 7,0 | 5,5 | 11,9 | 7,8 |
| 30-34 | 2,5 | 12,6 | 6,0 | 2,4 | 11,1 | 5,5 | 2,5 | 14,1 | 6,6 |
| 35-39 | 1,9 | 10,5 | 4,9 | 1,9 | 11,3 | 5,2 | 2,0 | 9,6 | 4,7 |
| 40-44 | 1,2 | 7,6 | 3,5 | 1,2 | 9,3 | 4,1 | 1,2 | 5,9 | 2,8 |
| 45-49 | 0,6 | 5,4 | 2,3 | 0,5 | 6,7 | 2,7 | 0,8 | 4,0 | 1,9 |
| 50-54 | 0,5 | 4,0 | 1,7 | 0,3 | 4,6 | 1,8 | 0,7 | 3,4 | 1,6 |
| 55-59 | 0,5 | 2,0 | 1,0 | 0,3 | 2,2 | 1,0 | 0,7 | 1,8 | 1,1 |
| 60 et + | 0,7 | 4,1 | 1,9 | 0,6 | 3,4 | 1,6 | 0,7 | 4,8 | 2,1 |
| Total (*) | | | | | | | | | |
| % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Ns Abs (mille) | 1.089,7 | 593,9 | 1.683,6 | 543,8 | 296,0 | 839,8 | 545,9 | 297,9 | 843,8 |
| B. Indicateurs | | | | | | | | | |
| 1. Age Moyen | 13,2 | 25,4 | 19,1 | 13,0 | 27,1 | 19,2 | 13,2 | 26,7 | 17,8 |
| 2. Ecart-Type | 13,4 | 29,4 | 19,1 | 13,1 | 30,4 | 19,2 | 13,8 | 28,4 | 19,0 |
| 3. Age Médian | 10,8 | 28,6 | 15,3 | 10,5 | 29,7 | 15,5 | 11,0 | 27,6 | 15,1 |
| 4. Rapport de Masculinité | 99,6 | 99,4 | 99,5 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 5. Indice de Dépendance | 2,0 | 0,3 | 1,1 | 2,1 | 0,2 | 1,0 | 1,9 | 0,4 | 1,1 |

Source: INE

- Enquête sur l'Emploi et le Chômage dans la Ville de Luanda (Février/Mars 1992)

Note: (*)

Y compris les âges non spécifiés



Tableau 4

LUANDA: Importance Relative de la Population Migrante sur l'Effectif Démographique de la Province de Luanda, par Age et Sexe -1992

| Tranches d'Age | % Population Migrante | | | Ratio par Sexe | | |
|-------------------|-----------------------|--------|-------|----------------|------------------|-------------|
| | Hommes | Femmes | Total | Pop. Nat. | Pop. Migrante | Pop. Totale |
| 0-4 ans | 3,5 | 4,1 | 3,8 | 96,4 | 81,9 | 95,8 |
| 5-9 | 7,1 | 13,9 | 10,5 | 111,8 | 53,3 | 103,7 |
| 10-14 | 20,4 | 25,4 | 23,3 | 99,3 | 72,5 | 92,4 |
| 15-19 | 34,6 | 32,8 | 33,7 | 110,8 | 120,1 | 113,9 |
| 20-24 | 51,7 | 44,7 | 48,0 | 78,6 | 104,0 | 90,0 |
| 25-29 | 55,0 | 53,9 | 54,4 | 86,8 | 90,9 | 89,0 |
| 30-34 | 71,6 | 75,4 | 73,7 | 95,4 | 78,5 | 82,7 |
| 35-39 | 76,3 | 72,8 | 74,7 | 97,2 | 116,9 | 111,6 |
| 40-44 | 80,3 | 72,7 | 77,2 | 103,5 | 158,2 | 143,2 |
| 45-49 | 87,9 | 74,1 | 82,2 | 65,8 | 166,9 | 140,8 |
| 50-54 | 89,2 | 73,8 | 81,9 | 46,0 | 134,5 | 111,4 |
| 55-59 | 80,1 | 60,2 | 69,6 | 44,6 | 118,9 | 89,4 |
| 60 et + | 75,3 | 78,9 | 77,4 | 87,6 | 71,4 | 74,8 |
| Total (*) | 35,2 | 35,3 | 35,3 | 99,6 | 99,4 | 99,5 |

Source: INE - Enquête sur l'Emploi et le Chômage dans la Ville de Luanda (Février/Mars 1992)
 Note: (*) Y compris les âges non spécifiés

Fundação Cuidar o Futuro

4. Caractéristiques Économiques de la Population

Il est estimé que l'effectif de la population de plus de 15 ans qui exerçait, en 1990, quelque activité socialement utile, avait atteint près de 3,9 millions de personnes, soit l'équivalent à 70% de la population totale en âge de travailler (15 ans et plus). En rapport à la population masculine, tel pourcentage aurait atteint 88% et près de 54% pour la population féminine (Tableau 5). Ces taux épurés d'activité estimés à partir de l'information de l'OIT de 1985, ne sont pas anormalement dispersés en comparaison à ceux d'autres pays et régions en développement. Très peu de niveaux et de modèles de taux spécifiques d'activités soit masculins, soit féminins divergent fondamentalement des comparaisons internationales. Pour les hommes, des pourcentages égaux ou supérieurs atteignent 90% ou 95% au sein de groupes qui font partie de la tranche d'âge d'activité productive pleine (généralement de 25-60 ans d'âge), avec des proportions plus basses au niveau des jeunes et des vieux.

Tableau 5

ANGOLA et LUANDA: Taux de Activité de Population Économiquement Active par Sexe et Tranches d'Âge

(en %)

| Tranches d'Âge | Angola (1985) (1) | | | Luanda (1992) (2) | | |
|----------------|-------------------|--------|-------|-------------------|----------|----------|
| | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total |
| 15-19 | 65,7 | 47,2 | 56,4 | 47,6 | 34,9 | 41,7 |
| 20-24 | 88,3 | 52,9 | 70,3 | 87,4 | 75,8 | 81,3 |
| 25-29 | 96,3 | 56,2 | 75,8 | 96,2 | 79,5 | 87,3 |
| 30-34 | 97,0 | 59,5 | 77,8 | 96,2 | 82,9 | 88,9 |
| 35-39 | 97,1 | 61,3 | 78,9 | 96,5 | 76,1 | 86,9 |
| 40-44 | 96,9 | 63,5 | 79,8 | 98,9 | 75,1 | 89,1 |
| 45-49 | 96,2 | 62,7 | 79,2 | 97,1 | 61,5 | 82,3 |
| 50-54 | 95,1 | 59,3 | 76,5 | 90,3 | 62,4 | 77,1 |
| 55-59 | 92,8 | 56,0 | 73,1 | 90,9 | 78,2 | 84,2 |
| 60-64 | 86,8 | 46,4 | 65,2 | 54,5(*) | 27,5(*) | 39,1(*) |
| 65 e + | 52,1 | 28,9 | 46,5 | -- | -- | -- |
| T.G.A (1) | 48,1 | 30,2 | 39,0 | 41,1 | 32,1 | 36,6 |
| T.R.A (2) | 87,7 | 54,1 | 70,4 | 79,9(**) | 63,7(**) | 66,4(**) |

Sources des données de base: ILO, *op. cit.*; 2) INE, (Enquête sur l'Emploi et le Chômage à Luanda)

(1) Taux Général d'activité (proportion de PEA sur la population totale);

(2) Taux Raffiné (ou épuré) d'Activité (proportion de PEA sur la population de 15 ans et plus).

Notes: (*) -Correspond au groupe d'âge de 60 ans et plus;

(**) -Exclusif le groupe d'âges 10-14 ans et y compris les âges non spécifiés.

Fundação Cuidar o Futuro

Malheureusement, des données plus complètes n'existent pas, permettant d'approfondir et d'actualiser l'analyse de la situation de la population économiquement active au niveau du pays. Pour Luanda, une telle actualisation est bien possible à partir des résultats de l'enquête sur l'emploi et le chômage dans la province réalisée en 1992. Les taux pertinents d'activité de la population économiquement active luandaise se trouvent aussi dans le Tableau 5. Il ne se vérifie pas d'anomalies significatives, bien qu'on doive noter un taux plus élevé de participation féminine que celui estimé au niveau de l'Angola pour l'année 1985. Selon l'enquête de 1992, la Population Économiquement Active (PEA) provinciale a atteint en 1992, un total de 615,5 mille personnes correspondant à un peu plus de 1/3 de la population luandaise estimée pour la même année et à peu près 15% de la PEA estimée pour tout le pays. De ce total, la population masculine correspond à approximativement 56%. Cependant une partie (40%) de la PEA résidente à Luanda peut être considérée comme pleinement employée. Presque 30% de la PEA totale se classifiaient en l'une ou l'autre de deux modalités de sous-emploi collectées dans l'enquête, principalement le type invisible, 22% se déclaraient dans la pure et simple situation de chômeurs. Il est aussi possible de constater que la PEA féminine se présentait en situation bien plus défavorable dans le marché du travail luandais, à peine 1/4 de la même PEA ne se montrait pas affectée par les problèmes de sous-emploi et de chômage (Tableau 6).

Tableau 6

LUANDA: Population Économiquement Active (*) Selon la Situation par Rapport à l'Emploi et au Sexe - 1992

| Spécification | N ^o s Absolus (milliers) | | | % s/ PEA Totale | | |
|-------------------------|-------------------------------------|--------|-------|-----------------|--------|-------|
| | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total |
| 1.PEA Employée | 284,8 | 212,4 | 497,2 | 79,8 | 75,1 | 77,7 |
| 1.1. Pleinement | 181,4 | 71,4 | 252,5 | 50,8 | 25,2 | 39,5 |
| 1.2. Sous-emploi | 73,8 | 110,5 | 184,4 | 20,7 | 39,1 | 28,8 |
| -Visiblement | 10,6 | 18,4 | 29,0 | 3,0 | 6,5 | 4,5 |
| -Invisiblement | 63,2 | 92,1 | 155,3 | 17,7 | 32,5 | 24,3 |
| 1.3. Autre (**) | 29,6 | 30,5 | 60,2 | 8,3 | 10,8 | 9,4 |
| 2.PEA en Chômage | 72,3 | 70,6 | 142,9 | 20,3 | 25,0 | 22,3 |
| 3. PEA Total | 357,1 | 283,0 | 640,1 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source: INE (Enquête sur Emploi et Chômage à Luanda).

(*) De 10 ans et plus

(**)Y compris travailleurs familiaux non rémunérés et PEA absente du travail dans la semaine de référence.

Les secteurs du commerce de marchandises, de l'administration publique (y comprise la défense) et de l'industrie de transformation, sont les principales sources génératrices d'emploi à Luanda (Tableau 7). Ces secteurs drainent près de 3/5 de la PEA employée; séparément, chacun de ces secteurs participe avec 28%, 20% et 12% respectivement. Cependant, la grande importance assumée par le secteur commercial est associée au volume significatif de la PEA sous-employée qui s'y engage. De tous les sous-employés existants à Luanda, pas moins de 55% s'attachent au secteur du commerce de marchandises, surtout les femmes, liées au sous secteur du commerce de détail.

Le Tableau 7 révèle aussi les taux élevés de l'absentéisme au travail qui prévalent à Luanda:

- près de 16% dans le secteur de communications;
- 10% dans les secteurs des services industrialisés, de l'utilité publique et dans l'activité d'extraction des minerais;
- 9% dans l'industrie de transformation, dans les services financiers et d'assurance, dans les services sociaux, etc.

Tableau 7

LUANDA: Population Employée Selon la Situation en Rapport avec l'Emploi, par Branche d'Activité Économique - 1992

| Branches d'Activité Économique | %sur Total | | | | % sur PEA Employée | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | PEA Plinement Employée | PEA Sous Employée | Autres Situations (1) | PEA Totale Employée | PEA Plinement Employée | PEA Sous Employée | Autres Situations (1) |
| -Agriculture, Chasse et Pêche | 3,2 | 7,6 | 2,7 | 5,0 | 28,8 | 64,7 | 6,5 |
| -Extraction Végétale | - | 0,2 | - | 0,1 | -- | 100,0 | - |
| -Extraction Minérale | 5,0 | 0,9 | 2,3 | 2,9 | 78,0 | 12,3 | 9,7 |
| -Industrie de Transformation | 15,4 | 9,9 | 8,7 | 12,3 | 57,0 | 34,4 | 8,6 |
| -Services Industrialisés | | | | | | | |
| d'Utilité Publique | 1,7 | 0,3 | - | 0,9 | 84,7 | 15,3 | - |
| -Construction | 6,9 | 2,2 | 3,7 | 4,5 | 69,4 | 20,6 | 10,0 |
| -Commerce | 9,1 | 54,8 | 5,3 | 28,0 | 14,8 | 82,9 | 2,3 |
| -Transports et Dépôts | 11,0 | 5,3 | 3,1 | 7,6 | 65,6 | 29,4 | 5,0 |
| -Communications | 1,3 | 0,3 | 1,1 | 0,9 | 70,4 | 13,9 | 15,7 |
| -Services Financiers et Assurances | 1,4 | 0,4 | 0,7 | 0,9 | 73,5 | 17,4 | 9,1 |
| -Administration et Défense | 31,5 | 12,0 | 6,6 | 20,2 | 70,8 | 25,2 | 4,0 |
| -Services Sociaux | 6,8 | 3,0 | 3,4 | 4,8 | 65,0 | 26,4 | 8,6 |
| -Services Personnels | 1,0 | 1,0 | - | 0,9 | 50,8 | 49,2 | - |
| -Services Collectifs | 2,8 | 1,2 | 0,5 | 1,9 | 68,9 | 27,7 | 3,4 |
| -Autres (2) | 2,9 | 1,0 | 61,9 (3) | 9,3 | 14,3 | 4,6 | 81,1 (3) |
| -TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 45,3 | 42,4 | 12,1 |

Source: INE (Enquête Emploi et Chômage à Luanda)

Notes: (

(1) PEA absente d'emploi;

(2) Inclus travailleurs familiaux non rémunérés, branches d'activités mal définies et non spécifiées;

(3) Y compris travailleurs familiaux non rémunérés.

Le chômage proprement dit, (chômage ouvert), concerne presque 2/3 de la population jeune, principalement celle qui cherche du travail pour la première fois (Tableau 8). La proportion de chômeurs à la recherche du premier emploi, correspond à 15 % de la PEA totale mais à pas moins de 45% de la PEA de 15-19 ans et à 28% de celle de l'âge situé entre 20-24 ans. L'intensité maximum de cette recherche du premier emploi se vérifie, pour les hommes, déjà dans la tranche d'âges de 15-19 ans (43% du totale des chômeurs) et pour les femmes, dans la tranche d'âges de 20-24 ans (37%).

La relation entre la surcharge de travail des femmes et la santé maternelle a aussi des conséquences sur l'état nutritionnel des enfants. La mauvaise santé maternelle est un facteur important qui conduit à un approvisionnement inadéquat d'aliments pour les enfants, aussi à une attention inadéquate aux soins qu'ils méritent. Il est donc essentiel que la femme paysanne puisse faire un contrôle sur sa vie de procréation. La guerre civile a été un fléau pour la population rurale en général, plus particulièrement pour les femmes et enfants qui y habitent.

D'autre part, la guerre a provoqué un exode massif de paysans, principalement les mieux éduqués et plus productifs.

L'étude déjà citée, réalisée dans les villages de la province de Malange (de la prédominance d'éthnie Kimbundu) a révélé que 60 % des hommes entre 15 et 45 ans et 40 % des femmes entre 15 et 40 ans ne se trouvaient plus dans ces villages.

La polygamie ou l'union d'un homme avec plus d'une femme est courante en Angola. Normalement, ce sont des motifs socio-économiques et non sexuels qui incitent un homme à avoir plusieurs femmes. Dans les zones rurales, chaque femme cultive son petit champ pour la subsistance de la famille et pour la vente d'excédents et, aide aussi à cultiver le champ du mari, où l'on produit généralement des récoltes pour le marché. C'est avec l'argent de la vente des produits de son champs que l'homme achète quelques biens et services pour soi et pour ses femmes. Ainsi, plus de femmes il a, plus l'homme est riche, et plus de champs sont cultivés par l'unité familiale. De plus, autant de femmes, autant d'enfants que l'on a et, donc, plus de force de travail et, par conséquent, plus de production et de richesse, plus élevé sera le statut social.

Dans plusieurs zones ou milieux de l'Angola, avec plus de femmes que d'hommes en âge de concevoir, la justification pour la polygamie est encore plus forte.

Dans les milieux urbains, la polygamie est aussi commune, bien qu'elle soit pratiquée sans la cohabitation. Dans les villes, la condition subalterne de femme est plus évidente, parce que fréquemment mesurée. Ainsi, malgré la force de travail féminine qui constitue à peine 44 % de la force de travail totale existante, 50 % lui correspondent au total de chômeuses et pas moins de 60 % du total de sous employées (visibles et invisibles).

Tableau 8

Angola: PEA Totale Chômeuse et PEA à la Recherche du Premier Emploi par Tranches d'Âge - 1992

| Tranches d'Âge | % s/ Total | | % s/ PEA Total | | Ratio de Sexe (1) | |
|----------------|--------------|----------------------------|----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|
| | PEA Chômeuse | Recherchedu Premier Emploi | PEA Chômeuse | Recherchedu Premier Emploi | PEA Chômeuse | Recherchedu Premier Emploi |
| 15-19 | 33,1 | 5,9 | 48,9 | 45,6 | 178,3 | 165,3 |
| 20-24 | 31,2 | 34,4 | 37,6 | 27,9 | 68,0 | 56,4 |
| 25-29 | 14,2 | 10,2 | 18,2 | 8,8 | 79,4 | 52,3 |
| 30-39 | 14,0 | 7,3 | 11,9 | 4,2 | 64,2 | 31,9 |
| 40-49 | 5,1 | 2,1 | 8,5 | 2,3 | 131,3 | 43,8 |
| 50-59 | 1,8 | - | 6,8 | - | 81,5 | -- |
| 60 et + | 0,3 | 0,1 | 3,6 | 0,9 | 300,9 | -- |
| TOTAL (2) | 100,0 | 100,0 | 22,5 | 15,1 | 98,9 | 88,1 |

Source: INE (Enquête Emploi et Chômage à Luanda)

(1) Relation (homme/femme) x 100

(2) Tranche d'âge de 10-14 ans et les âges non spécifiés inclus.

L'enquête a aussi révélé, entre autre, qu'à partir d'un certain nombre d'heures de travail effectuées par la PEA de Luanda, survient une certaine inversion entre le degré d'effort dépensé par le travailleur, principalement du sexe féminin, et la valeur obtenue ou gagnée du respectif rendement.

5. La Condition Féminine en Angola

Depuis l'indépendance, la femme angolaise a assumé une position évidente dans la vie sociale, politique et administrative du pays, du moins en comparaison à la plupart des pays africains.

Il n'existe pas d'études au niveau du pays sur le temps de travail effectué par les agriculteurs de l'un ou de l'autre sexe. On sait que ce temps est assez supérieur pour le sexe féminin étant donné le fait que, mis à part les travaux agricoles, la femme assume une double charge, cela veut dire aussi qu'elle est responsable des tâches ménagères.

Ce temps excessif dépensé comme un simple exercice de survie empêche n'importe quelle possibilité d'ascension sociale. Une étude faite en 1988 dans 8 villages ruraux de la province de Malange a montré que les femmes enquêtées sur ce qu'elles feraient si elles avaient plus de temps, répondaient qu'elles devraient produire plus de nourritures, améliorer les soins d'enfants et participer aux cours d'alphabétisation.



La population féminine alphabétisée de plus de 10 ans correspond à 70 % de la population féminine totale contre 94% des hommes. Tel pourcentage est de 60 % pour les femmes imigrées à la capitale, et de 81 % pour les femmes non-migrantes de la province de Luanda.

Un autre aspect à considérer pour la condition féminine em Angola concerne la proportion élevée d'enfants (0-4 ans), par rapport aux femmes en âge prolifique (15-49 ans). Selon les estimations existentes, telle proportion aurait atteint au niveau du pays, en 1990, à peu près 83 à 93 enfants par groupe de 100 femmes. A Luanda, l'enquête sur l'emploi et chômage a indiqué une proportion bien plus basse, de l'ordre de 66 enfants pour 100 femmes.

Tableau 9

Luanda: Taux d'Alphabétisation de la Population Résidente de Plus de 10 ans par Situation de Naturalité, Sexe et Âge - 1992

| Taux d'Alphabétisation | | | | | | | | | |
|------------------------|----------|----------|-------|----------|----------|-------|----------|----------|-------|
| Tranches d'Âge | Hommes | | | Femmes | | | Total | | |
| | Migrants | Naturels | Total | Migrants | Naturels | Total | Migrants | Naturels | Total |
| 10-14 | 63,5 | 80,6 | 77,1 | 58,6 | 79,4 | 74,0 | 60,7 | 79,9 | 75,5 |
| 15-19 | 95,4 | 97,0 | 96,4 | 78,4 | 93,8 | 88,7 | 87,7 | 95,5 | 92,8 |
| 20-24 | 98,2 | 97,2 | 97,8 | 67,3 | 95,0 | 82,7 | 83,1 | 96,0 | 89,8 |
| 25-29 | 99,5 | 100,0 | 99,7 | 69,7 | 87,7 | 78,0 | 83,9 | 93,4 | 88,2 |
| 30-34 | 92,9 | 96,5 | 93,9 | 59,2 | 88,9 | 65,8 | 73,5 | 92,6 | 78,5 |
| 35-39 | 96,3 | 97,3 | 96,6 | 46,0 | 79,0 | 56,4 | 74,0 | 88,1 | 77,6 |
| 40-44 | 95,5 | 87,4 | 93,9 | 31,7 | 74,9 | 43,5 | 70,8 | 81,3 | 73,2 |
| 45-49 | 89,1 | 70,0 | 86,8 | 28,5 | 49,1 | 33,8 | 66,4 | 57,4 | 64,8 |
| 50-54 | 89,1 | 78,0 | 87,9 | 50,0 | 14,8 | 40,8 | 72,4 | 34,7 | 65,6 |
| 55-59 | 86,3 | 77,2 | 84,5 | 30,1 | 38,3 | 33,3 | 60,6 | 50,3 | 57,5 |
| 60 et + | 71,6 | 68,0 | 70,7 | 20,5 | 10,7 | 18,0 | 41,8 | 37,5 | 40,8 |
| Total (1) | 91,1 | 90,0 | 90,5 | 56,3 | 83,2 | 70,3 | 73,9 | 86,5 | 80,4 |
| Corrigé (2) | 87,4 | 90,3 | 93,8 | 60,0 | 80,5 | 70,2 | 73,6 | 85,4 | 80,4 |

Source: INE (Enquête Emploi et Chômage à Luanda, Fev. 1992)

Notes: (1) -Y compris les âges ignorés

(2) -Correction

6. Caractéristiques de l'Éducation

La population inscrite dans tous les établissements d'enseignement d'Angola totalisait en année scolaire 1990/91, 1.544,3 mille étudiants. De ces étudiants, 85 % correspondaient à une partie inscrite dans l'enseignement de base régulier, aussi bien au niveau de l'initiation qu'à celui de 3 autres années qui le suivent. Les étudiants inscrits à tous les niveaux de l'enseignement du moyen au supérieur, représentaient seulement 2 % de la population scolaire.

L'observation des éléments contenus dans le tableau 10 met en relief des réductions sensibles, d'une longue série considérée (1981/82-1990/91), dans le total des inscrits scolaires.

Considérant que la population angolaise en âge scolaire (de 5 à 14 ans) devrait avoir augmenté en 1990 jusqu'à 2.662,5 milliers d'enfants et que le système d'enseignement de base régulier n'encadre qu'à peine l'équivalent de la moitié de cette population, il arrive qu'approximativement 1.350 milliers d'enfants en âge de fréquenter l'école ne le font pas pour divers motifs:

- une réduction drastique du nombre d'inscrits en classe d'initiation, ce nombre en 1978/79 avait atteint un maximum de 750 mille élèves, décroissant à partir d'alors et ne dépassant pas, en 1990/91, les 164 mille enfants;

- l'accroissement progressif du nombre d'inscrits dans l'enseignement pré-universitaire, moyen technique, normal et supérieur.

Le taux de scolarisation correspondant à la tranche d'âge 6 à 14 ans est de 46 %, enregistrant le niveau de scolarisation le plus élevés entre 8 à 11 ans et non pas entre 6 et 9 ans, ce qui surprend étant donné que 6 ans est l'âge officiel d'entrée dans le premier niveau d'enseignement de base. Le taux bas de scolarisation à l'âge de 6 ans est le signal d'entrée tardive dans le système. Des élèves qui, dans l'année scolaire 1990/91, sont entrés pour la première fois dans la première classe, à peine 1/5 l'ont fait à l'âge de 6 ans.

Le peu d'efficacité du système scolaire angolais peut être estimé par la simple mention que les calculs faits au niveau de la province de Luanda pour l'année scolaire 1990/91 ont montré que pour chaque élève réussissant le niveau I de l'enseignement régulier de base, on a en moyenne 21 ans de scolarisation, soit plus de quintuple du nombre d'années qu'auraient été nécessaires en conditions idéales de succès (4 ans pour un cycle de 4 ans).

Tableau 10
ANGOLA: Etudiants Inscrits Selon Degré de l'Enseignement

| Année Scolaire | Regulier | Adultes | Total | Ens. Moyen Tech | Ens. Moyen Normal | Cours Pré Univer sitaire | Ens. Superieur | Total Général |
|-------------------------------------|----------|---------|---------|-----------------|-------------------|--------------------------|----------------|---------------|
| I. Nbre Absolus (Milliers) | | | | | | | | |
| 1981/82 | 1.730,4 | 134,1 | 1.864,5 | 3,0 | 2,4 | 2,7 | 2,8 | 1.875,3 |
| 1982/83 | 1.585,2 | 134,6 | 1.719,7 | 3,4 | 2,9 | 3,7 | 3,0 | 1.732,8 |
| 1983/84 | 1.479,4 | 114,6 | 1.593,9 | 3,6 | 3,3 | 3,4 | 3,4 | 1.607,7 |
| 1984/85 | 1.220,2 | 107,9 | 1.328,1 | 3,9 | 3,5 | 3,2 | 4,5 | 1.343,1 |
| 1985/86 | 1.363,8 | 133,5 | 1.497,3 | 4,7 | 4,1 | 3,7 | 5,0 | 1.514,8 |
| 1986/87 | 1.400,3 | 187,0 | 1.587,3 | 5,0 | 4,7 | 3,8 | 5,7 | 1.606,5 |
| 1987/88 | 1.385,0 | 246,1 | 1.613,1 | 5,9 | 4,8 | 4,6 | 5,9 | 1.652,2 |
| 1988/89 | 1.439,1 | 126,5 | 1.573,4 | 6,1 | 6,1 | 4,6 | 6,0 | 1.596,5 |
| 1989/90 | 1.328,9 | ... | ... | 8,2 | 7,7 | 5,5 | 6,3 | ... |
| 1990/91 | 1.313,8 | 197,0 | 1.510,9 | 10,7 | 9,4 | 3,9 | 5,4 | 1.544,3 |
| II. en % (1980/81 = 100) (*) | | | | | | | | |
| 1981/82 | 90,0 | 57,1 | 86,4 | 103,4 | 126,3 | 100,0 | 121,7 | 86,6 |
| 1982/83 | 82,4 | 57,3 | 80,0 | 117,2 | 152,6 | 137,0 | 130,4 | 80,0 |
| 1983/84 | 76,9 | 48,8 | 73,9 | 124,1 | 173,7 | 125,9 | 147,8 | 74,2 |
| 1984/85 | 63,4 | 45,9 | 61,5 | 134,5 | 184,2 | 118,5 | 195,7 | 62,0 |
| 1985/86 | 70,9 | 56,8 | 69,4 | 162,1 | 215,8 | 137,0 | 217,4 | 70,0 |
| 1986/87 | 72,8 | 79,5 | 73,8 | 172,4 | 211,4 | 140,7 | 217,3 | 74,2 |
| 1987/88 | 72,0 | 104,8 | 74,7 | 203,4 | 252,6 | 170,4 | 256,5 | 76,3 |
| 1988/89 | 74,8 | 53,9 | 72,9 | 210,3 | 321,1 | 170,4 | 260,9 | 73,7 |
| 1989/90 | 69,1 | .. | .. | 282,8 | 405,3 | 203,7 | 273,9 | .. |
| 1990/91 | 68,3 | 83,9 | 70,0 | 369,0 | 494,7 | 144,4 | 408,7 | 71,3 |

Source: Ministère de l'Éducation/UNESCO, Projet de Renforcement des Secteurs Sociaux: Volet Education, Mai/Juin 1991

Note: (*) Sauf quand c'est indiqué

Malheureusement, les ratios par sexes de l'élève angolais inscrits dans l'enseignement régulier de base sont apparus, année après année, nettement défavorables au sexe féminin.

Les données existantes révèlent aussi un degré élevé de dégradation et destruction de l'infrastructure scolaire angolaise, des énormes carences d'équipements scolaires et le déséquilibre actuel entre la capacité d'offre et la demande sociale d'éducation.

Les perspectives pour le secteur ne sont pas moins sombres, surtout en tenant compte du grand poids que la jeunesse représente déjà dans la structure par âge de la population angolaise, les niveaux élevés de la fécondité qui prévalent dans le pays et

qui provoquent ou renforcent cette extrême jeunesse de la population, et la tendance croissante et élevée de cette jeunesse à se concentrer dans les milieux urbains.

7. La Dynamique Démographique

Il est admis que l'accroissement démographique angolais se doive principalement à l'accroissement naturel de la population. Sa forte intensité provient de niveaux élevés de natalité et de mortalité (Tableau 11). Tel accroissement s'est accéléré à partir de la seconde moitié des années 70.

La stabilité de la fécondité et de la mortalité se situant encore à un niveau très élevé, conduira le processus d'accélération de l'accroissement de la population angolaise à persister tout au long des années prochaines, s'il n'y a pas d'interventions dans les décennies à venir.

Tableau 11
Composantes de la Dynamique Démographique 1960/1990

| Spécifications | Période de Référence | | |
|---|----------------------|--------------|-----------|
| | 1960-1970 | 1980-1985 | 1985-1990 |
| T. B. N. (pour mille) | 49,1 | 47,3 | 47,0 |
| T. B. M. (pour mille) | 28,1 | 21,0 | 19,1 |
| Taux d'Accroissement observé (pour mille) | 21,0 | 26,0 | 28,0 |
| Esperance de Vie à la Naissance (ans) | 35,0 | 42,0 | 45,0 |
| I. S. F. (Enfant/Femme) | ... | 6,5 - 9,0(*) | ... |

Sources: Nations Unies et I.N.E./Ministère du Plan. Information Statistique 1987-1988, Luanda.

Note: (*) Estimations diverses de différentes sources.

7.1. La Nuptialité et la Fécondité

Les informations collectées dans le cadre du recensement partiel (régional) 1983-1985 permettent d'estimer les indicateurs essentiels de la nuptialité angolaise (Tableau 12).

En général, il se vérifie que la nuptialité est précoce et très intense: 94,5% des hommes et 95% des femmes se marient. Le célibat définitif reste une situation exceptionnelle et plus encore le célibat délibéré sans enfant. L'âge moyen au premier mariage se situe à 23,2 ans pour le sexe masculin et à 18,5 ans pour le sexe féminin. En moyenne, la femme a moins de 5 ans (4,7 ans) de différence avec son mari.

Tableau 12

Angola: Indicateurs de la Nuptialité Selon Quelques Provinces et Villes

| Provinces et / ou Villes | Intensité en %) | | Calendrier (en ans) | |
|--------------------------------|--------------------|--------|------------------------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Luanda (1983) | 95,0 | 97,0 | 24,1 | 19,1 |
| Cabinda (1984) | 96,4 | 96,4 | 23,9 | 18,5 |
| Zaire (1984) | 93,9 | 92,6 | 24,4 | 18,5 |
| Namibe (1984) | 92,0 | 95,0 | 22,0 | 18,4 |
| Lubango (Huila, 1984) | 96,0 | 99,2 | 23,2 | 18,6 |
| Uíge (Uíge, 1985) | 93,1 | 95,6 | 22,0 | 17,5 |
| Negage (Uíge, 1985) | 95,0 | 93,0 | 22,0 | 17,5 |
| Moyenne | 94,5 | 95,0 | 23,2 | 18,5 |

Source: KODI SAMBA J.C., in Cahiers de Population et Développement, Luanda, Vol. II, n°1, Jan/Jun 1992.

Une autre caractéristique de la nuptialité angolaise est son instabilité. La proportion des mariages rompus par le divorce a atteint des niveaux non négligeables allant de 5,8% à 13,0%. Dans l'ensemble, le divorce touche beaucoup plus les femmes (79,7%) que les hommes (20,3%).

Les ruptures d'unions par veuvage touchent beaucoup plus les femmes (81,6%) que les hommes (18,4%). C'est un phénomène dû à la surmortalité masculine.

Le tableau 13 présente les taux spécifiques de fécondité par âge et par province corrigés par la méthode indirecte P/F développée par W. Brass. Ces taux qui indiquent la structure de la fécondité, sont étroitement liés à l'âge et aux caractéristiques de la nuptialité.

La structure par âge de la fécondité se caractérise par un grand étalement des naissances sur toute la période de procréation.

Tableau 13
Angola: Taux Spécifiques de Fécondité par Âge Selon Quelques Provinces
(1983/85)

| Tranches d'Âge | Taux de Fécondité (pour Mille) | | | | | | |
|-------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------|------------------|-------------------|----------------|------------------|
| | Luanda (1983) | Cabinda (1984) | Zaire (1984) | Namibe (1984) | Lubango (1984) | Uige (1985) | Negage (1985) |
| 15-19 | 199 | 183 | 190 | 177 | 144 | 96 | 100 |
| 20-24 | 396 | 391 | 382 | 379 | 381 | 346 | 374 |
| 25-29 | 384 | 379 | 370 | 373 | 368 | 397 | 404 |
| 30-34 | 342 | 353 | 316 | 305 | 317 | 349 | 366 |
| 35-39 | 256 | 294 | 258 | 227 | 229 | 314 | 273 |
| 40-44 | 140 | 186 | 152 | 103 | 120 | 238 | 202 |
| 45-49 | 45 | 151 | 101 | 59 | 37 | 102 | 113 |
| Total | 1.762 | 1.937 | 1.769 | 1.623 | 1.596 | 1.842 | 1.832 |

Source: KODI SAMBA, J. Constantino, Nuptialité et Fécondité en Angola in "Cahiers de Population et Développement", Luanda, Vol. II, n° 1, jan-jun 1993, pp. 81-106.

7.2. Mortalité et Morbidité

L'Angola se caractérise par un niveau élevé de la mortalité. Selon quelques estimations, il a atteint un taux brut de mortalité de 19 pour mille et détermine une espérance de vie à la naissance de 45 ans pour les deux sexes (47 ans pour les femmes et 43 ans pour les hommes).

En ce qui concerne la mortalité infantile, les estimations existantes la situent autour de 160 pour mille en moyenne pour la période 1985-1990.

En 1989, près de 35% des décès survenus à Luanda auraient été des enfants de moins de 1 an et près de 2/3 du total de décès d'enfants correspondaient aux décès d'enfants de moins de 5 ans. Parallèlement, le taux de mortalité maternelle se situait, en 1990 et 1991, aux environs de 1.010 à 1.020 pour 100.000 nés-vivants. Ce sont, en fait, des valeurs très élevées qui doivent encore être sous-estimées car uniquement 45% des accouchements sont réalisés en maternités. De ces morts maternels "institutionnalisés" les toxémies (24%), les hémorragies (15%), l'hépatite (15%) et la malaria (11%) constituaient en 1990, les principales causes directes ou indirectes, bien que devraient aussi être mentionnés, les accouchements obstrués (10%), les avortements (7%), les septicémies (6%) etc.

Les données existantes sur la mortalité spécifique révélaient que la plupart des décès sont dus aux maladies relatives à la qualité de l'environnement (l'accès à l'eau potable et conditions d'assainissement), à la sous nutrition et à la non vaccination. En 1989, les maladies diarrhéiques aiguës et la malaria, avec des taux de mortalité spécifiques de 54,1 et 46,4 pour 100.000 habitants respectivement constituaient de



loin les principales causes de décès dans le pays. Suivaient la rougeole (17,6 pour 100.000), les maladies respiratoires aiguës (14,9 pour 100.000) associées très probablement à la malnutrition et à la rougeole, le choléra (9,5 pour 10.000), le tétanos néonatal (7,5 pour 100.000) et la tuberculose pulmonaire (4,8 pour 100.000).

8. Tendances de l'Urbanisation

Après l'Indépendance du pays en 1975, le processus d'urbanisation provoqué initialement par l'insécurité militaire s'est accru à cause des conditions de vie des populations rurales. Le conflit et ses séquelles désastreuses ont contribué à l'accroissement incontrôlé et anarchique des villes, qui se sont transformées en lieu de refuge et d'assistance. Au manque de maintenance adéquate, le stock d'habitat existant s'est détérioré, de même que très peu a été construit. Il existe actuellement un déficit d'habitat de plus au moins 370.000 unités résidentielles au niveau du pays.

Concernant la détérioration de l'infrastructure physique et l'offre de services urbains, il faut considérer que Luanda a été construite comme une ville pour n'abriter que 200 à 300 mille habitants et qu'aujourd'hui elle compte plus de 1.700.000 habitants. Le déficit d'habitat estimé à 160.000 unités mérite une sérieuse préoccupation. Le transport public est insuffisant et le système général de transport inadéquat. On prévoit que le système d'approvisionnement en eau dont le volume s'élève à 140.000 m³ d'atteindra 600.000 m³ au tournant du siècle.

Fundação Cuidar o Futuro

9. Sommaire

L'analyse du contexte socio-démographique du pays met en évidence du moins par la dimension absolue de la population et de la densité démographique, tout un élan de préoccupations relatives à sa problématique de population parmi lesquelles il faut relever:

- les hauts niveaux de fécondité et de mortalité infantile (y compris les décès évitables) qui mettent en relief la grande perte de la population angolaise;
- le rythme élevé d'accroissement que l'effectif de la population angolaise présente déjà et qui s'intensifiera très probablement à l'avenir;
- la tendance croissante à l'inégalité qui se vérifie dans la distribution spatiale de la population entre les milieux urbains et ruraux;
- l'intense exode migratoire vers les grandes villes et ses conséquences défavorables en termes d'une urbanisation exacerbée et chaotique;
- extrême jeunesse de la population angolaise qui augmente la charge de dépendance de la population économiquement active et amène des conséquences défavorables à générer l'épargne et à sa canalisation vers les investissements productifs;
- les niveaux élevés de chômage et de sous-emploi qui affectent la force de travail angolaise;
- la position subalterne reléguée à la femme dans la société angolaise, y compris dans les milieux urbains;
- le cadre généralisé de carences qui affligent la population et qui se traduisent par un bas rendements et une basse productivité de main-d'oeuvre, des coûts sociaux élevés découlant de l'aggravement et de la perte d'efficacité du système de l'enseignement du pays et par la prévalence d'un état de santé publique dont les cadres de morbidité et de mortalité sont extrêmement graves.

Fundação Cuidar o Futuro

CHAPITRE II

UNE PROSPECTION SUR L'ACCROISSEMENT FUTUR DE LA POPULATION

Il importe de rappeler que les projections de la population qui seront présentées ici, ne constituent pas nécessairement des prévisions parce qu'elles sont basées sur des suppositions explicites concernant la baisse de la fécondité ou de la mortalité durant une période déterminée, ayant de présuppositions implicites:

- qu'il existe la volonté et les moyens de créer les conditions pour un accroissement démographique plus lent et équilibré;
- que le processus ne sera rendu difficile par les facteurs externes.

1. Hypothèses

1.1. Mortalité

En admettant que l'Angola serait déjà en mesure de vivre l'espérance de vie à la naissance - venant de présenter des gains significatifs moyens de 0,5 an de vie/an - calendrier (5 ans par décennie) à partir de 1995, de manière à présenter les valeurs suivantes dans les années extrêmes des divers quinquennaux contenus dans l'horizon temporel de la projection.

Tableau 14

Angola: Valeurs Supposées pour l'Évolution de l'Espérance de Vie à la Naissance par Sexe 1990/2020

| Années | Espérance de Vie (en ans) | | |
|--------|---------------------------|--------|-------|
| | Hommes | Femmes | Total |
| 1990 | 43,0 | 47,0 | 45,0 |
| 1995 | 43,0 | 47,0 | 45,0 |
| 2000 | 45,5 | 49,5 | 47,5 |
| 2005 | 48,0 | 52,0 | 50,0 |
| 2010 | 50,5 | 54,5 | 52,5 |
| 2015 | 53,0 | 57,0 | 55,0 |
| 2020 | 55,5 | 59,5 | 57,5 |

Source: Projet ANG/90/P02/SEPLAN

1.2. Fécondité

La prudence recommande que les alternatives soient considérées quant à l'évolution du phénomène dans le présent cas sera:

- la manutention tout au long de la période de projection 1990-2020 du niveau de fécondité observé à base de données des recensements provinciaux de 1983-1985;
- la réduction de ce niveau à un taux moyen de 5% par quinquennal à partir de 2000;
- la réduction de ce niveau à un taux moyen de 10% par quinquennal à partir de 2000.

Tableau 15

Angola: Valeurs Supposées en Années Extrêmes de Quinquennaux pour l'Evolution des Indicateurs de Fécondité 1990/2020

| Suppositions | Indice de Fécondité Total Enfants/ et Femmes | Taux Spécifiques par Âge | | | | | | |
|---|--|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 15/19 | 20/24 | 25/29 | 30/34 | 35/39 | 40/44 | 45/49 |
| a) Fécondité Constante 1990/2020 | 8,9 | 17,7 | 38,1 | 37,9 | 34,2 | 25,8 | 15,2 | 10,1 |
| b) Fécondité Baissante (5% par quinquennal) 1990, 1995, 2000 | 8,9 | 17,7 | 38,1 | 37,9 | 34,2 | 25,8 | 15,2 | 10,1 |
| 2005 | 8,5 | 16,8 | 36,2 | 36,0 | 32,4 | 24,5 | 14,4 | 9,6 |
| 2010 | 8,1 | 16,0 | 34,4 | 34,2 | 30,8 | 23,3 | 13,7 | 9,1 |
| 2015 | 7,7 | 15,2 | 32,7 | 32,5 | 29,3 | 22,1 | 13,0 | 8,6 |
| 2020 | 7,3 | 14,4 | 31,1 | 30,9 | 27,8 | 21,0 | 12,4 | 8,2 |
| c) Fécondité Baissante (10% par quinquennal) 1990, 1995, 2000 | 8,9 | 17,7 | 38,1 | 37,9 | 34,2 | 25,8 | 15,2 | 10,1 |
| 2005 | 8,1 | 15,9 | 34,3 | 34,1 | 30,8 | 23,2 | 13,7 | 9,1 |
| 2010 | 7,2 | 14,3 | 30,9 | 30,7 | 27,7 | 20,9 | 12,3 | 8,2 |
| 2015 | 6,5 | 12,9 | 27,8 | 27,6 | 24,9 | 18,8 | 11,1 | 7,4 |
| 2020 | 5,9 | 11,6 | 25,0 | 24,8 | 22,4 | 16,9 | 10,0 | 6,7 |

Source: Projet ANG/90/P02/SEPLAN

C'est opportun de signaler que, même l'alternative admise d'une baisse plus rapide de fécondité, seulement dans l'an 2015, l'Indice de Fécondité Total (IFT) atteindrait la marque comparable à celle qui est déjà adoptée par DIESA des Nations Unies pour l'élaboration de ses projections de population angolaise (variante moyenne).

2. Résultats des Projections

De la combinaison de ces hypothèses résultent trois projections dont les caractéristiques sont les suivantes:

Projection P₁ (Hypothèse Haute): combine fécondité constante aux niveaux actuels et mortalité baissante à partir de 1995. De ces 3 projections, l'hypothèse haute P₁ devra s'en suivre un rythme supérieur d'accroissement pour la population angolaise. Les variations de cet accroissement et la structure de la population seront fruit exclusif de la baisse de la mortalité.

Projection P₂ (Hypothèse Moyenne): combine fécondité baissante (à partir de l'an 2000) à 5% par 5 ans avec l'hypothèse antérieurement formulée sur la mortalité. De cette projection doit s'en suivre un accroissement de la population angolaise à un rythme intermédiaire à partir de l'an 2000. Les différences rencontrées entre les valeurs projetées selon P₁ et P₂ refléteront l'effet de la baisse de fécondité dans la forme supposée.

Projection P₃ (Hypothèse Basse): combine fécondité baissante (à partir de l'an 2000) à 10% par 5 ans avec la même hypothèse de la baisse de la mortalité adoptée dans les projections antérieures. De cette projection doit résulter l'accroissement de la population à un rythme le plus lent de tous. Moyennant la comparaison avec P₁, il est possible de comprendre l'effet total d'une baisse plus rapide de la fécondité. Moyennant la comparaison avec P₂, il sera possible de comprendre l'effet marginal de cette baisse accentuée de la fécondité.

La Projection P₁ (Haute) indique que sans baisse de la fécondité, le rythme d'accroissement de la population angolaise tendrait à s'intensifier à partir de 2000-2005, pouvant même atteindre dans la phase finale une grande importance de 4,5% par an. Dans cette situation, l'effectif de la population résidente en Angola tendrait plus à doubler en 20 ans (1990-2010) et à tripler dans les 30 prochaines années (1990-2020). Durant cette période, le nombre absolu de la population résidente en Angola passerait de 10,0 millions d'habitants estimés pour l'année 1990 à 20,8 millions en l'an 2010 et à 30,1 millions en l'an 2020.

Dans le cas de prévalence d'un modèle d'évolution démographique de type P₁ (Haute), la participation de la population infantile (moins 14 de ans) sur l'effectif total angolais tendrait à s'élever de 47% observés pour l'année 1995 à 51%, en l'an 2010, et à 52% en l'an 2020.



Pour se faire une idée sur l'intensité de ce processus de rajeunissement, il suffit de voir l'âge médian de la population angolaise qui tendrait à s'abaisser de 16,3 ans en 1995, à 14,6 ans, en l'an 2010, et à 14,2 ans, l'an 2010.

Tableau 16
Angola:Projection P₁ (Haute) pour l'Accroissement de la Population 1995/2020

| Indicateurs | Années | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
| 1. Population Totale (Mille) | 12.111 | 14.512 | 17.516 | 21.263 | 26.144 | 32.504 |
| - Hommes | 5.974 | 7.186 | 8.674 | 10.555 | 13.004 | 16.192 |
| - Femmes | 6.137 | 7.356 | 8.842 | 10.709 | 13.140 | 16.306 |
| 2. Naissances (Mille) (*) | 662 | 767 | 894 | 1.068 | 1.320 | 1.647 |
| 3. Décès (Mille) (*) | 244 | 281 | 299 | 318 | 344 | 378 |
| 4. Taux et Ratios | | | | | | |
| - T. B. N. (%)(*) | 59,8 | 57,5 | 55,8 | 55,1 | 55,7 | 56,2 |
| -T. N. R. (Enfants/Femmes) | 5,3 | 5,5 | 5,8 | 6,0 | 6,2 | 6,4 |
| - T. B. M. (%)(*) | 22,0 | 21,1 | 18,6 | 16,4 | 14,5 | 12,8 |
| - T. M. I. (%) | 187,0 | 168,0 | 151,0 | 134,0 | 120,0 | 104,0 |
| - Proportion Enfants/Femmes | 0,99 | 1,01 | 1,03 | 1,02 | 1,05 | 1,08 |
| - Indice de Dépendance | 0,96 | 1,04 | 1,11 | 1,09 | 1,11 | 1,14 |
| - Âge Médian (en ans) | 16,3 | 15,3 | 14,6 | 14,6 | 14,5 | 14,2 |
| - Taux d'Accroissement (%) | 3,8 | 3,3 | 3,8 | 4,0 | 4,2 | 4,5 |
| 5. Tranches d'Âge (**) | | | | | | |
| Population 0-4 ans | 21,5 | 21,1 | 20,9 | 21,1 | 21,7 | 22,2 |
| " 3-6 ans | 13,6 | 15,3 | 14,9 | 14,7 | 15,0 | 15,4 |
| " 5-9 ans | 14,2 | 16,8 | 16,6 | 16,4 | 16,5 | 16,9 |
| " 7-12 ans | 15,2 | 16,9 | 18,2 | 17,8 | 17,7 | 17,8 |
| " 0-14 ans | 47,3 | 49,5 | 51,2 | 51,0 | 51,4 | 52,2 |
| " 10-14 ans | 11,7 | 11,6 | 13,8 | 13,5 | 13,2 | 13,1 |
| " 15-59 ans (PIA) | 47,8 | 46,1 | 44,7 | 45,3 | 45,1 | 44,5 |
| " 60 et + ans | 4,8 | 4,5 | 4,1 | 3,7 | 3,5 | 3,3 |
| Femmes 15-49 ans | 21,7 | 20,9 | 20,3 | 20,7 | 20,7 | 20,5 |

Source: Projet ANG/90/P02/SEPLAN

(*) Se réfère au quinquennal dont l'année finale est identifiée;

(**) En rapport à la population totale (2 sexes)

Note: La projection a été réalisée par le logiciel "DEMPROJ"

Comparant les Projections P₁ (Haute) et P₂ (Moyenne) c'est possible de vérifier que la baisse de la fécondité de 5% par 5 ans à partir de l'an 2000 serait un résultat principal du maintien de taux d'accroissement de la population approximativement au niveau qui prévalait avant le début de la baisse de mortalité et de réprimer un peu la reprise dans la participation des groupes d'âges plus jeunes. Ainsi, donc, le processus de rajeunissement initié avec la baisse de la mortalité ne serait complètement freinée. Concernant la population totale, il serait encore mieux de présenter durant toute la période un accroissement absolu assez significatif.

Dans le cas où la baisse de la fécondité atteindrait une grandeur d'ordre de 10% par 5 ans (Projection P₃), il serait possible à la fin de la période de projection de contrebalancer une grande partie d'effets de rajeunissement de la population causés par la baisse supposée de la mortalité.

Dans tel cas, le rythme d'accroissement tendrait à se désintensifier et les accroissements absolus d'effectifs de population tendraient à être un peu plus léger principalement à la dernière décennie (2010-2020) de la période de projection. En l'an 2020, l'indice de dépendance serait déjà inférieur à celui de 1995, par effet d'augmentation de la participation de population en âge actif (15-59 ans) qui incorporerait quelques effets de la baisse de la fécondité sur la population aspirante à l'entrée dans le contingent de la population économiquement active.

Fundação Cuidar o Futuro

Tableau 17
Angola:Projection P₂ (Moyenne) pour l'Accroissement de la Population 1995/2020

| Indicateurs | Années | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
| 1. Population Totale (Mille) | 12.075 | 14.463 | 17.325 | 20.758 | 24.973 | 30.140 |
| - Hommes | 5.956 | 7.146 | 8.578 | 10.301 | 12.415 | 15.007 |
| - Femmes | 6.119 | 7.317 | 8.747 | 10.457 | 12.558 | 15.133 |
| 2. Naissances (Mille) (*) | 652 | 756 | 866 | 991 | 1.161 | 1.368 |
| 3. Décès (Mille) (*) | 242 | 278 | 293 | 305 | 318 | 335 |
| 4. Taux et Ratios | | | | | | |
| - T. B. N. (%)(*) | 59,0 | 57,0 | 54,5 | 52,1 | 50,8 | 49,7 |
| -T. N. R. (Enfants/Femmes) | 5,4 | 5,7 | 5,2 | 4,9 | 4,6 | 4,3 |
| - T. B. M. (%)(*) | 11,9 | 21,0 | 18,4 | 16,0 | 13,9 | 12,2 |
| - T. M. I. (%) | 187,0 | 168,0 | 151,0 | 134,0 | 120,0 | 104,0 |
| - Proportion Enfants/Femmes | 0,98 | 0,99 | 1,0 | 0,95 | 0,93 | 0,91 |
| - Indice de Dépendance | 0,95 | 1,03 | 1,09 | 1,05 | 1,02 | 1,0 |
| - Âge Médian (en ans) | 16,4 | 15,4 | 14,8 | 15,0 | 15,3 | 15,4 |
| - Taux d'Accroissement % (*) | 3,8 | 3,7 | 3,7 | 3,7 | 3,8 | 3,8 |
| 5. Tranches d'Âge (**) | | | | | | |
| Population 0-4 ans | 21,3 | 20,9 | 20,5 | 20,1 | 20,0 | 19,8 |
| " 3-6 ans | 21,6 | 15,1 | 11,7 | 14,4 | 14,2 | 14,2 |
| " 5-9 ans | 14,2 | 16,7 | 16,5 | 16,3 | 16,0 | 16,0 |
| " 7-12 ans | 15,2 | 16,8 | 18,2 | 17,8 | 17,6 | 17,4 |
| " 0-14 ans | 47,2 | 49,2 | 50,7 | 50,0 | 49,4 | 49,0 |
| " 10-14 ans | 11,7 | 11,7 | 14,7 | 13,6 | 13,4 | 13,2 |
| " 15-59 ans (PIA) | 48,0 | 46,3 | 45,2 | 46,2 | 47,0 | 47,4 |
| " 60 et + ans | 4,9 | 4,5 | 4,1 | 3,8 | 3,7 | 3,6 |
| Femmes 15-49 ans | 21,8 | 21,1 | 20,6 | 21,1 | 21,5 | 21,8 |

Source: Projet ANG/90/P02/SEPLAN

(*) Se réfère au quinquennal dont l'année finale est identifiée;

(**) En rapport à la population totale (2 sexes)

Note: La projection a été réalisée par le logiciel "DEMPROJ"

Tableau 18
Angola: Projection P₃ (Basse) pour l'Accroissement de la Population 1995/2020

| Indicateurs | Années | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
| 1. Population Totale (Mille) | 12.109 | 14.536 | 17.330 | 20.431 | 24.003 | 28.170 |
| - Hommes | 5.973 | 7.183 | 8.580 | 10.136 | 11.926 | 14.014 |
| - Femmes | 6.136 | 7.317 | 8.747 | 10.457 | 12.558 | 15.133 |
| 2. Naissances (Mille) (*) | 661 | 756 | 866 | 991 | 1.161 | 1.368 |
| 3. Décès (Mille) (*) | 244 | 278 | 293 | 305 | 318 | 335 |
| 4. Taux et Ratios | | | | | | |
| - T. B. N. (%)(*) | 59,7 | 57,0 | 54,5 | 52,1 | 50,8 | 49,7 |
| - T. N. R. (Enfants/Femmes) | 5,3 | 5,7 | 5,2 | 4,9 | 4,6 | 4,3 |
| - T. B. M. (%)(*) | 22,0 | 21,0 | 18,4 | 16,0 | 13,9 | 12,2 |
| - T. M. I. (%) | 187,0 | 168,0 | 151,0 | 134,0 | 120,0 | 104,0 |
| - Proportion Enfants/Femmes | 0,99 | 0,99 | 1,0 | 0,95 | 0,93 | 0,91 |
| - Indice de Dépendance | 0,95 | 1,03 | 1,09 | 1,05 | 1,02 | 1,0 |
| - Âge Médian (en ans) | 16,3 | 15,4 | 14,8 | 15,0 | 15,3 | 15,4 |
| - Taux d'Accroissement % (*) | 3,9 | 3,7 | 3,7 | 3,7 | 3,8 | 3,8 |
| 5. Tranches d'Âge (**) | | | | | | |
| Population 0-4 ans | 21,7 | 21,1 | 20,1 | 18,8 | 18,0 | 17,6 |
| " 3-6 ans | 13,7 | 15,3 | 14,7 | 13,9 | 13,2 | 12,9 |
| " 5-9 ans | 14,3 | 15,2 | 16,7 | 15,8 | 15,3 | 14,9 |
| " 7-12 ans | 15,3 | 16,9 | 18,5 | 18,1 | 17,4 | 16,6 |
| " 0-14 ans | 47,7 | 49,4 | 50,7 | 49,0 | 47,1 | 45,4 |
| " 10-14 ans | 11,8 | 11,6 | 13,9 | 14,0 | 13,7 | 12,9 |
| " 15-59 ans (PIA) | 48,2 | 46,1 | 45,2 | 47,1 | 49,1 | 50,8 |
| " 60 et + ans | 4,9 | 4,5 | 4,1 | 3,9 | 3,8 | 3,8 |
| Femmes 15-49 ans | 21,9 | 21,0 | 20,6 | 21,5 | 22,6 | 23,4 |

Source: Projet ANG/90/P02/SEPLAN

(*) Se réfère au quinquennal dont l'année finale est identifiée;

(**) En rapport à la population totale (2 sexes)

Note: La projection a été réalisée par le logiciel "DEMPROJ"

3. Considérations Finales

Tenant compte a) de hauts niveaux de mortalité; b) de la haute proportion de décès évitables; c) des franches possibilités de réduction de tels décès en temps de paix, à moindre coût, tout indique que n'importe quelle action du Gouvernement dans ce sens serait nécessaire, indispensable sous quelconque fondement d'éthique politique produire une accélération du rythme d'accroissement démographique qui provoquerait également un rapide processus de rajeunissement de contingent de population résident dans le pays.

Fundação Cuidar o Futuro

CHAPITRE III

LA SITUATION DE LA POLITIQUE DE POPULATION EN ANGOLA

1. La Perception de la Problématique

En Angola, il n'existe pas jusqu'en ce moment, une politique compréhensive et intégrale en matière de population. C'est bien une vérité qu'à maintes reprises le Gouvernement Angolais a établi ponctuellement dans ses plans de développement quelques objectifs en matière de population et certaines questions démographiques ont constitué une préoccupation de gouvernants, législateurs et de structures du parti, etc.

Parmi les questions qui ont été l'objectif d'actions spécifiques du Gouvernement, il faut signaler celles orientées vers la réduction des niveaux de mortalité infantile et maternelle. Le planning familial a été traité comme une action imbriquée dans cette politique, sans qu'il existe une préoccupation explicite pour déterminer les objectifs de l'accroissement de la population ou de la fécondité de la famille angolaise. Quelques actions ont été également développées pour le "Syndrome Immuno-Déficience Acquise" SIDA, bien qu'il n'ait pas suscité une très forte préoccupation au sein de la société angolaise quant aux risques et conséquences.

Des préoccupations spécifiques ont été aussi engendrées pour la question de migration interne, spécialement l'exode rural vers les grandes villes du pays (Luanda, principalement) et l'enrôlement des populations affectées par la guerre. D'autres questions comme l'éducation, l'emploi et la marginalisation de la force de travail, la sécurité sociale, la position subalterne de la femme, la réinsertion des démobilisés de la société, l'éducation en matière de santé et vie familiale ont été l'objet de préoccupation ou même quelques actions ont été développées par les organismes de tutelle (Ministères).

Pour disposer au pays d'une population réduite en rapport à la dimension territoriale et à la bonne base de ressources naturelles prévalait en général au sein de quelques circuits gouvernementaux et de la société angolaise, la conception qui ne se configurait pas en Angola à une problématique de population. Jusque récemment prévalait la perception qu'avec la fin de la guerre, la croissance espérée pour le pays pourrait compenser adéquatement son accroissement de population.

On comprend dès lors qu'il pourra avoir, à court et à moyen terme, une accélération dans le rythme d'accroissement de la population angolaise. Il faut espérer que les niveaux actuels de la mortalité infantile et des enfants soient réduits rapidement à partir d'interventions relativement simples et de moindre coût, exécutables de



manière plus effective en temps de paix. Outre qu'ils présentent une perte économique significative à long terme, les niveaux de mortalité qui prévalent actuellement dans le pays présentent une tragédie humaine à éliminer. Les efforts coordonnés pour éviter cette véritable déperdition reproductive inclusivement via le planning familial et combattre les principales causes de mortalité infantile qui paraissent s'inclure dans les préoccupations prioritaires quelquefois signalées au niveau gouvernemental.

Déjà, on reconnaît qu'aux fins de formulation et de mise en exécution d'une politique de population intégrale, il y a la nécessité de réaliser un sérieux effort d'analyse pour mieux comprendre, dans le contexte spécifique de l'Angola, les relations complexes existantes entre les tendances démographiques et le développement économique et social.

2. Les Programmes Sanitaires de Soins de Santé Primaires

Les principales lacunes qui affectent les services nationaux de santé, traduisent, au dessus de tout, les anomalies de gestion des opérations essentielles embrassent, entre autres, la couverture limitée de réseaux installés, l'insuffisance du personnel formé et motivé, le manque d'équipements basiques, le manque de normes techniques d'intervention, le faible accompagnement des actions réalisées sur le terrain et les déficiences du système statistique national. Au niveau central, les programmes sont dynamisés principalement par la Direction Nationale de Santé Publique, à travers ses Départements Nationaux de Santé Materno-Infantil, Assistance Communautaire, de l'Hygiène et Epidémiologie et en moindre échelle, par la Direction Nationale de Contrôle des Endémies, supervisant les actions de lutte contre la malaria, la tuberculose, la tripanosomiase et la schistosomiase. Des programmes qui étaient conçus pour minimiser les lacunes déjà citées se voient confrontés aux contraintes de nature diverse découlant de la situation difficile vécue dans le pays depuis l'indépendance.

Actuellement, considérant le climat d'insécurité prévalant sur une grande partie du territoire national, les mêmes programmes sont restreints aux activités d'urgence développées dans les zones militairement accessibles dont la plupart des actions de routine sont concentrées à Luanda.

2.1. Dans le cadre de soins de santé maternelle-infantile, et particulièrement de santé maternelle: les activités de suivi des grossesses organisées dans les centres de santé Mère et Enfants disséminés dans le pays, sont développées à travers les consultations prénatales. La couverture pré-natale administrativement estimées à 17%, se révèle faible. La proportion d'accouchements effectués dans les hôpitaux est de 15% et la débilite du système de référence fait que beaucoup d'accouchements eutocites surviennent dans les maternités spécialisées restant ainsi congestionnées avec la conséquente réduction de la qualité de service.

Il existe également un programme d'encadrement et de recyclage des accoucheuses traditionnelles, des femmes agents de la Communauté qui assistent à 80% des accouchements extra-institutionnels ou domiciliaires. L'inaccessibilité des

zones sanitaires qui rend difficile le recensement et la supervision de ces accoucheuses, le manque de stimulants réclamés par ces accoucheuses recyclées et le sous enregistrement des activités réalisées par ces dernières constituent les entraves majeures de ce programme.

Le Programme de Planning Familial s'insère également dans ce cadre. Malgré les 200.000 USD de contraceptifs annuellement reçus de l'IPPF et du FNUAP et du fonctionnement de près de 70 cliniques en 10 provinces jusqu'à la fin 1992, la couverture anticontraceptionnelle se révèle apparemment faible, le taux d'utilisation des contraceptifs modernes étant estimé à peine à 2% des femmes en âge fécond et en union (base de données provenant des centres opérationnels).

Au niveau de la santé infantile, le Programme Elargi de Vaccination, à travers de postes fixes localisés dans les centres de santé nationaux, dispose de vaccins destinés à protéger les enfants de moins de 1 an de 6 maladies notamment la rougeole, le tétanos néo-natal, la poliomyélite, la toux convulsive, la tuberculose et la diphtérie. En 1992, les taux de couverture vaccinale oscillent autour de 47% pour le BCG, 21% pour le DTP3, 21% pour le polio3, 39% pour la rougeole et 26% pour le VAT dans les grossesses.

2.2. Dans le cadre de la lutte contre les principales endémies, exceptées la malaria et la schistosomiase: les actions s'effectuent dans les unités hospitalières spécialisées telles que les sanatoriums et dispensaires. A base de normes de traitement "ad hoc" enregistrés dans le document du programme, la malaria est combattue principalement par l'administration de la chloroquine, la lutte antivectorielle étant compromise par la persistance, surtout pendant la période pluvieuse, des modèles déficients d'assainissement du milieu qui favorisent la prolifération de vecteurs.

Comme résultat de la misère socio-familiale vécue par de nombreuses couches de la population et particulièrement, des carences alimentaires, les cas de tuberculose généralement dépistés de forme fortuite sont acheminés dans les centres provinciaux ou nationaux pour l'exploitation para-clinique et traitement selon les schémas thérapeutiques définis par le programme. L'insuffisance de tuberculostatiques et autres drogues de première nécessité, l'indiscipline de certains patients, la précarité du régime alimentaire font que le traitement ne soit pas toujours satisfaisant.

2.3. Dans le cadre de médicaments et équipements, leur disponibilité dans le pays dépend, en grand mesure, mis à part des quantités moindres provenant des entités privées et autres dons internationaux, de facilités d'échanges obtenues d'organes de tutelle au niveau d'institutions bancaires nationales. Les restrictions financières dernièrement imposées et conséquentes au déficit budgétaire favorisent la lenteur du processus d'acquisition à partir de l'extérieur des médicaments et autres matériels de base. Il est nullement rare que les médicaments et autres matériels soient détournés ou déviés, une fois arrivés au pays, pour la vente dans les circuits parallèles. Les divers centres utiles non légalisés de médecine privée constituent une extension de la couverture des services.

3. Aspects Particuliers des Programmes de Population

3.1. Le Programme de Planning Familial

Le planning familial en Angola est intégré dans les actions de santé maternelle-infantile comptant avec l'aval du Gouvernement et de la société civile en général. En terme d'organigramme fonctionnel de la Direction Nationale de Santé Publique, le planning familial fait partie, à côté des programmes de suivi de grossesses et des accoucheuses traditionnelles, du Secteur de Santé Maternelle du Département National de Santé Materno-Infantile.

En somme, le programme de planning familial est tourné vers les objectifs de la meilleure santé maternelle infantile, se basant fondamentalement à la provision de ressources et de services. Se référant à la Conférence Nationale de Maternité sans Risque, réalisée en Décembre 1991, la Conférence a tracé, entre autre les principales lignes stratégiques susceptibles de dynamiser le programme.

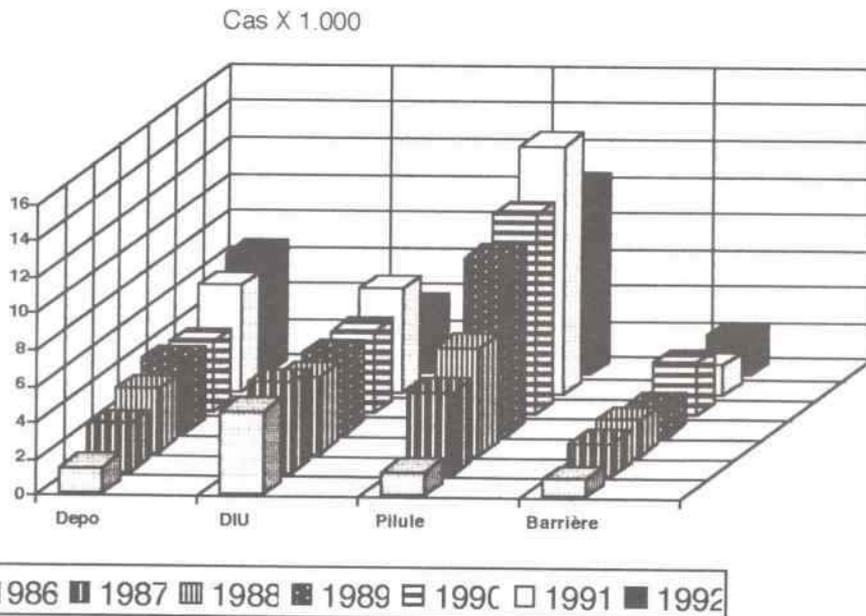
3.1.1. Evolution et Couverture du Programme

Considérant l'évolution du programme de planning familial en Angola, il se note une tendance de son accroissement: en 1986, 8.161 femmes étaient admises dans les 3 cliniques alors installées à Luanda; en 1991, en reflète d'augmentation des postes de service en fonctionnement du nombre des cadres formés et des activités de sensibilisation communautaire, ce nombre s'est accru à 26.986. L'année 1992, a accusé au contraire un important déclin dans l'admission de nouvelles utilisatrices dû aux difficultés logistiques et à l'aggravement de la situation politico-militaire du pays. En cette année, il s'est enregistrée une admission de 22785 nouvelles utilisatrices, mais ce nombre a signifié que près de 4.000 femmes de moins par rapport à celles admises en 1981. L'évolution annuelle du nombre de nouveaux cas d'utilisatrices du planning familial selon les principales provinces du pays (Graphique 3) permet de comprendre les méthodes choisies lors de la première visite.

Programme National de PF 1986-1992

Méthode choisie lors de la Première visite

Graphique 3



Fundação Cuidar o Futuro

| Année | Depo | DIU | Pilule | Barrière |
|-------|-------|-------|--------|----------|
| 1992 | 6.524 | 3.73 | 10.361 | 2.17 |
| 1991 | 5.906 | 5.754 | 13.676 | 1.65 |
| 1990 | 3.897 | 4.505 | 11.054 | 2.919 |
| 1989 | 4.01 | 4.429 | 9.741 | 1.609 |
| 1988 | 3.531 | 4.28 | 5.919 | 1.957 |
| 1987 | 2.73 | 5.012 | 4.52 | 1.807 |
| 1986 | 1.396 | 4.553 | 1.252 | 0.96 |

Projet ANG/91/P01
FNUAP/Ministère de la Santé - Angola

3.1.2. Accessibilité aux Services de Planning Familial

La couverture actuelle des services de Planning Familial assurée par l'existence de près de 70 postes de service localisés dans 8 capitales provinciales prioritaires et diverses municipalités limite l'accessibilité géographique des utilisatrices potentielles estimées à près de 2,3 millions de femmes d'âge féconde en union. Cependant, il faut relever que, malgré le nombre réduit de services de PF, sa distribution suit, d'une manière générale, la distribution démographique du pays.

La disponibilité des anticonceptionnels dans les postes de service (arrivés au pays grâce aux donations de l'IPPF et à moindre échelle du FNUAP et de ASDI) dépend, en grande mesure, de facilités logistiques d'écoulement de ces derniers à partir du port et de l'aéroport de Luanda passant par les magasins centraux et provinciaux. La lenteur habituellement vérifiée dans ce processus fait malheureusement, que les détournements soient des fois importants ou qu'il y ait des ruptures inopportunes de stock.

3.1.3. Disponibilité en Ressources Humaines

Il s'agit d'un problème de solution difficile à court terme. Ainsi, le PF doit procurer à outrepasser cette entrave par la formation de cadres de SMI/PF, soit à travers de cours à l'étranger, soit à travers de cours de recyclage en exécution, dans les 7 provinces du pays. Cependant le nombre d'infirmières qualifiées pour ce programme est encore loin d'être satisfaisant. En effet, à l'exception de 3 premières infirmières qui étaient formées au Brésil en 1985, de 11 qui avaient participé à Luanda à un Séminaire organisé par le Centre Margaret Sanger en 1988, de 10 des techniques d'enseignement-apprentissage en matière de PF, de 5 qui avaient participé au cours aux Iles Maurice sur la régulation de la fécondité, la plupart des infirmières engagées dans ces activités (un total de 150) étaient formées à travers des séminaires polyvalents provinciaux de SMI/PF de durée de 90 jours, financés dans le cadre du projet du FNUAP.

3.1.4. Composante I.E.C. et Développement Communautaire

Divers matériels de sensibilisation tels que les pamphlets et bandes dessinées étaient déjà produits. Des émissions radio-télévisées ont été diffusées et actuellement, la Radio Nationale de l'Angola présente un programme par semaine dirigé à la jeunesse dans lequel sont abordés les thèmes de l'éducation pour la vie en famille, PF et maladies sexuellement transmissibles. Même ainsi, beaucoup de communautés surtout celles de la périphérie attendent encore pour être atteintes par les activités de ce genre, le défi à cet égard consiste à l'inadéquation des méthodes de sensibilisation et de messages éducatifs.

3.2. Programme National de Lutte Contre le SIDA (PNLS)

Sous la tutelle de la Direction Nationale de Santé Publique avec l'appui financier de l'OMS, du FNUAP, de l'ASDI, du PNUD et de la CEE, le Programme National de Lutte Contre le SIDA est opérationnel depuis 4 ans et est constitué de 5 composantes: Education, Information et Communication, Appui Clinique, Appui de Laboratoire, Vigilance Épidémiologique, Gestion. Chaque composante développe les activités spécifiques.

3.3. Programme National de l'Education pour la Santé (PNES)

Ce programme était jusque récemment représenté dans les 18 provinces du pays à travers des noyaux intersectoriels de Information, Communication et Education pour la Santé.

Au niveau central, il y a des professionnels dans le domaine médical, des techniciens moyens de santé, des éducateurs sociaux et des journalistes. Le Ministère de la Santé participe avec une dotation budgétaire pour les dépenses en monnaie nationale, quant à l'Association Suédoise pour le Développement International (ASDI) intervient par l'appui technique et financier pour l'exécution du programme.

Les priorités stratégiques du PNEPS sont orientées vers la lutte des principales causes de morbi-mortalité dans le pays: la malaria, les maladies diarrhéiques aigües, l'hépatite infectieuse, la tuberculose, le tétanos néonatal et le SIDA. L'exécution du programme se réalise principalement dans les unités sanitaires, bien comme à travers les activités réalisées dans les quartiers, entreprises, écoles, etc... ou encore à travers des moyens de diffusion.

3.4. Education en Matière de Population et Education pour la Vie Familiale dans les Écoles

Il s'agit d'un projet financé par le FNUAP et exécuté par l'INIDE (Institut National pour l'Investigation et le Développement de l'Education) avec l'appui de l'UNESCO.

Dans les objectifs immédiats du projet, on peut distinguer, d'une part, la création d'une opinion favorable pour la mise en application des actions nécessaires dans les écoles; d'autre part, le désir de la création des conditions dans les écoles en vue de l'intégration du contenu de l'éducation en matière de population et vie familiale dans les programmes et matériels didactiques des disciplines de Biologie, Sciences Sociales, Education Morale et Civique, comme aussi dans les programmes de formation de base et continue des professeurs.

Il s'agit d'une nouvelle matière et sensible que le Gouvernement Angolais a optée pour une expérience pilote des matériels pédagogiques dans 24 écoles.



Fundação Cuidar o Futuro

CHAPITRE IV

PLAN D'ACTION POUR LE FUTUR: LES FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE DE POPULATION POUR L'ANGOLA

1. Justification

La formulation et la mise en oeuvre d'une politique de population consistante et efficace pour l'Angola figure comme une nécessité de grande actualité.

On prévoit que l'adoption de l'économie du marché et de ses présuppositions et corollaires, l'introduction du salariat en grande échelle, la compétitivité, l'intégration de l'économie angolaise dans les circuits économiques mondiaux, etc. tendront à renforcer les changements dans les désirs et aspirations sociaux.

Il convient de mentionner que la formulation et la mise en application d'une politique de population en Angola s'insèrent dans les compromis internationaux assumés vis à vis des pays du Continent. Ainsi, la deuxième Conférence Africaine de Population réalisée à Arusha (Tanzanie), en Janvier 1984, a élaboré le "Plan d'Action de Kilimanjaro" dans lequel l'Angola est un des signataires. Il est reconnu par cette occasion que beaucoup de problèmes démographiques entravaient le développement économique de la plupart de pays.

Plus récemment, en Novembre 1992, l'Angola avec les autres 50 pays d'Afrique, a participé à la troisième Conférence Africaine de Population, famille et Développement qui s'est tenue à Dakar pour analyser les résultats obtenus depuis le lancement du Plan d'Action de Kilimanjaro en matière de réalisation, limitations et incidences des politiques de population préconisées.

Dans ce contexte, les pays africains étaient exhortés à intégrer les politiques de population dans leurs propres stratégies de développement, renforçant les secteurs sociaux afin qu'ils puissent contribuer au développement humain et à la solution de graves problèmes qui affectent aujourd'hui la population africaine.

L'Angola prouve à suffisance une telle nécessité.

2. Principes

On reconnaît que la sensibilité revêt le traitement des questions de population. Elles développent des aspects relatifs à la reproduction, à la mortalité, au travail, à la mobilité et à la localisation des individus, enfin à la vie des êtres humains. Ils se caractérisent tant par une dimension sociale qui se configure au niveau macro, mais aussi par des implications qui se configuraient dans le plan propre de l'intimité et des décisions au niveau individuel ou familial.

Dans un modèle de l'éthique politique démocratique, il est indispensable de définir les principes qui doivent régir les actions gouvernementales en matière de la politique de population:

- respect aux droits fondamentaux d'être humain de défini dans la constitution et les textes internationaux souscrits par la République de l'Angola;
- préservation de la cellule familiale fondamentale dans la société et entité privilégiée à la reproduction humaine et au progrès des hommes, des femmes et des enfants;
- respect aux droits des individus et des mariés de choisir la taille de leur famille et de décider sur leur fécondité;
- appel à la solidarité des individus dans la qualité de conjoints et de parents pour adapter leur procréation aux exigences du progrès de toute la société;
- respect aux droits de l'enfant, à la survie, à la santé, à l'éducation, à la formation et à la protection contre l'exploitation de son travail;
- respect aux droits de la femme de participer et d'évoluer socialement et économiquement dans la société angolaise en conditions égales avec celles des hommes;
- respect aux droits de la société en général et des individus en particulier d'avoir accès à l'éducation et l'information objective en matière de population;
- respect aux droits des individus et des mariés d'avoir accès aux moyens plus sûrs, efficaces et cliniquement recommandables pour déterminer leur fécondité;
- respect aux compromis assumés par l'Angola auprès de la communauté africaine pour assurer la récupération économique et le développement du continent dans le cadre de la solidarité internationale;

- respect au principe de l'indépendance et la souveraineté nationale en matière de formulation et de mise en application de politiques et actions de développement particulièrement en matière de population.

En ce qui concerne particulièrement certaines questions sensibles, comme la reproduction, l'action gouvernementale doit être orientée pour offrir des conditions et faciliter la diffusion de connaissances et d'informations à l'accès aux moyens et services relatifs aux pratiques contraceptives, dans le contexte plus ample d'actions intégrées à la prévention, aux soins et protection à la santé maternelle-infantile. Digne de ce stimulant, la décision de restreindre la fécondité doit demeurer une initiative à concrétiser au plan individuel et familial, sans actions impositives ou coercives de la part de l'Etat.

3. Objectifs

3.1. Objectifs à Court Terme

Il existe une préoccupation plus immédiate pour la population angolaise. Il y a une nécessité urgente que le Gouvernement avec l'appui et la coopération de la communauté internationale offre l'assistance à des centaines de milliers de personnes affectées par cette atroce et longue guerre qui fait saigner la nation. Pour des personnes déplacées ou réfugiées, une attention particulière doit être portée sur l'adoption de mesures spéciales pour la protection des groupes plus vulnérables tels que les enfants, les handicapés, les femmes, les personnes âgées, les mutilés, les infirmes, etc. à travers l'assistance alimentaire et de santé, l'implantation ou de réhabilitation physique et professionnelle, la création des opportunités spéciales d'emploi, etc.

Un autre aspect particulièrement préoccupant pour l'Etat, est celui constitué par la situation des angolais qui se sont vus forcés d'abandonner le pays en conséquence de la guerre et chercher refuge à l'extérieur principalement dans les pays voisins. La protection des droits politiques, civiques, économiques et culturels de ces groupes vulnérables et l'application de mesures visant à l'assurance de réinstallation dans le pays de cette diaspora doivent également constituer la préoccupation immédiate dans le domaine de la conception et application de n'importe quelle politique de population.

3.2. Objectifs à Moyen et Long Terme

Sous cette classification, sont considérés comme les principaux objectifs désirés avec la mise en application d'une politique de population pour l'Angola:

- améliorer la qualité de vie et le bien-être des différentes couches de population comme fruit de progrès obtenu dans les domaines économiques et sociaux,

en raison d'une meilleure adéquation entre les ressources humaines (quantitativement et qualitativement) et les possibilités de récupération et développement du pays;

- réduire les niveaux élevés de morbidité et de mortalité de la population angolaise par les mesures d'assainissement de base et de prophylaxie du milieu;

- réduire la haute morbi-mortalité maternelle et infantile au moyen d'exécution de programmes spécifiques et intégrés de santé, surtout de planning familial;

- réduire la haute fécondité et le rythme d'accroissement élevé de population angolaise par des mesures appropriées (campagnes de sensibilisation d'opinion publique, faciliter l'information et l'accès aux méthodes modernes et moyens anticonceptionnels sûrs, efficaces et cliniquement recommandables);

- appuyer les actions de développement régional et de développement rural intégré pour désintensifier l'exode rural et réduire les disparités locationnelles de population dans le territoire entre les zones rurales et urbaines;

- amplifier la couverture et la qualité de réception des nécessités basiques de population dans les secteurs d'alimentation et de nutrition, de santé, d'assistance sociale, de l'habitation, de l'éducation, de la formation et de la préservation de l'environnement, comme aussi dans les domaines de l'information, des activités culturelles et du loisir;

Fundação Cuidar o Futuro

- amplifier la connaissance sur les interrelations entre la population et le développement socio-économique de l'Angola, y comprises les actions dans le domaine de la formation professionnelle spécialisée.

4. Directives et Stratégies

4.1. Santé Maternelle et Infantile

La mortalité maternelle et infantile doit constituer une des préoccupations prioritaires pour une politique de population pour l'Angola.

L'amélioration de l'état de santé des enfants conditionne l'amélioration propre de leur état de santé à l'âge adulte.

L'amélioration de la santé maternelle-infantile passe par l'adoption des mesures suivantes:

- le renfort des services de l'éducation sanitaire et familial;

- le renfort et la généralisation des services de consultation prénatale, postnatale et infantile;
- l'intensification et l'amélioration de la formation du personnel chargé de services de santé maternelle et infantile (y comprises des accoucheuses traditionnelles);
- l'extension de la couverture vaccinale contre les principales maladies transmissibles (la rougeole, la diphtérie, le tétanos, etc.) à tous les enfants du pays;
- l'amplification et l'extension de programmes nutritionnels d'informations sur l'allaitement maternel et l'alimentation infantile;
- la promotion et diffusion au niveau national de la thérapeutique de réhydratation orale;
- l'intégration de services orientés vers le planning familial en vue de l'implication des espacements de naissances dans l'ensemble de centres de santé et d'assistance maternelle et infantile;
- l'introduction dans les zones de haute prévalence de la malnutrition infantile, de programme de goûter scolaire dans les écoles d'enseignement pré-scolaire est nécessaire pour améliorer les niveaux de nutrition et d'apprentissage des enfants, et augmenter les taux d'inscription et de rétention et réduire l'absentéisme scolaire.

Fundação Cuidar o Futuro

4.2. Fécondité et Espacement des Naissances

L'indice de fécondité totale de l'Angola est l'un des plus élevés du monde et implique de graves risques pour la santé de mères et d'enfants. Pour cela, l'amplification de l'espacement des naissances constitue un élément stratégique pour contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. De plus, la grande incidence d'avortements provoqués, qui répugne à beaucoup de conscience, justifie la promotion du planning familial comme moyen de détermination préalable et rationnelle de la taille de la famille désirée.

En effet, les actions suivantes sont préconisées:

- le renfort et l'amélioration des programmes d'information et de communication destinés à diffuser les connaissances sur les méthodes anticonceptionnelles et les possibilités en matière d'espacement des naissances;
- le renfort et l'amélioration des programmes de l'éducation en matière de population afin de sensibiliser la société sur les avantages médico-sanitaires, socio-économiques et socio-culturels du planning familial;



- l'introduction systématique de l'éducation en matière de population dans les programmes scolaires et dans les cours de formation de professeurs et autres formateurs;
- le renfort, l'amélioration et l'extension des services de planning familial dans toutes les provinces du pays en considérant trois composantes: l'espacement des naissances, la lutte contre la stérilité et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (notamment le SIDA);
- le renfort des cours et des stages de formation et de recyclages en planning familial pour le personnel médical et paramédical;
- le lancement de campagnes périodiques d'explication sur les risques de grossesses précoces et les avantages de paternité et maternité responsables;
- la permission accordée aux entités publiques et privées d'exercer leurs activités dans le domaine de planning familial dans la mesure où elles soumettent leurs activités à l'autorité gouvernementale.

4.4. Promotion et Développement de la Femme

Il se fait sentir la nécessité de renforcer une politique de promotion de la femme angolaise par des mesures telles que:

- l'adoption de mesures spéciales destinées à élever les taux de scolarité et de l'alphabétisation féminine tout comme le niveau d'instruction des filles moyennant de stimulants pour leur rétention pour plus de temps dans le système scolaire;
- l'adoption des mesures spéciales pour promouvoir la formation technique et professionnelle de la femme angolaise, y compris celles des veuves et autres chefs d'unités familiales, pour élever leur condition économique et sociale;
- l'adoption des mesures spéciales destinées à stimuler l'emploi féminin, son progrès professionnel et l'accès de la femme, principalement de la femme rurale au crédit et aux autres instruments et mécanismes économique-financiers;
- l'organisation de campagnes d'éducation et de sensibilisation des hommes et des femmes aux problèmes de population, surtout en matière de planning familial et de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (y compris le SIDA);
- l'appui aux organisations et groupes de défense des droits et intérêts de la femme;

- l'amplification du nombre de crèches et jardins d'enfants pour favoriser la participation de la femme mariée aux activités productrices et socio-culturelles;

4.4. Promotion et Appui aux Enfants et aux Jeunes

Il est nécessaire d'adopter une série de mesures d'appui à la jeunesse angolaise, surtout entraînée pour la lutte, qui sera démobilisée dans l'hypothèse de la paix et nécessitera de s'intégrer dans la vie civile et aux activités productrices et socio-culturelles. Ainsi, il se préconise:

- l'ampliation de l'offre de vacances et l'amélioration de la qualité de l'enseignement en général dans le pays;
- la création future d'emplois prioritairement destinés à la jeunesse particulièrement aux jeunes démobilisés et en quête du premier emploi dans le but de les assurer à la pleine participation dans l'oeuvre de récupération et de la reprise du développement national;
- la promotion de programmes d'appui dans l'obtention du premier emploi, en faveur de jeunes finalistes de cours d'enseignements supérieur et moyen et de formation professionnelle;
- l'inclusion et l'intégration de l'éducation pour la vie familiale dans le système d'enseignement formel et dans d'autres activités de formation des enfants et des jeunes angolais, afin de créer les bases pour une conduite responsable de ces derniers à la vie adulte;
- l'appui aux organisations de jeunes et stimulants pour qu'elles développent de programmes de lutte contre l'abandon et la fuite scolaires, contre l'analphabétisme juvénile, contre la transmission de SIDA et en faveur de la formation technique professionnelle;
- la multiplication, l'équipage et la décentralisation des infrastructures scolaires et de formation technique professionnelle et académique en vue d'atteindre l'autosuffisance nationale en termes de cadres techniques et d'ouvriers spécialisés;
- les programmes de sensibilisation des jeunes pour les risques liés à la sexualité, y comprises les maladies sexuellement transmissibles (notamment le SIDA), et à la maternité précoce, bien comme les dangers tels que le banditisme, la drogue, la prostitution, etc.

4.5. Protection de la Famille et du Travailleur

Dans le délai relativement court, la famille angolaise devra chercher un nouvel équilibre entre la tradition et la modernité, principalement dans les milieux urbains. Pour cela, il est nécessaire de l'appuyer, et la protéger dans cette tradition. Outre des actions spécifiquement orientées vers la femme, l'enfant, le jeune, etc., il revient d'explicitier les actions orientées afin d'assurer l'harmonie et l'équilibre au sein de la cellule familiale:

- la revalorisation de la famille comme cadre de référence éducative, de compréhension et de dialogue entre les hommes et les femmes, entre les parents et les enfants;
- la grande protection à l'intégrité de la cellule familiale;
- les programmes à la sensibilisation sur la nature des problèmes qui affectent les familles, en faveur de la recherche de solutions pour ces dernières;
- les programmes d'appui aux familles incomplètes, aux conjoints survivants et aux personnes âgées;
- la mise en oeuvre d'un système de sécurité sociale et d'une législation moderne travailliste qui assurent les droits des familles de travailleurs d'accès à la pension de vieillesse ou d'invalidité, à l'indemnisation des accidents de travail, etc;
- la mise en oeuvre d'un système de mérite dans l'administration publique qui stimule l'intérêt du travailleur et ennoblit l'exercice de la fonction publique.

Fundação Cuidar o Futuro

4.6. Migration et Déconcentration Urbaine

On espère qu'avec la fin de la guerre civile, les migrations internes du pays retrouvent, leur grande expression, de prestation de services sociaux et de création d'opportunités économiques spécialement différenciées.

Pour cette raison, le traitement de la question migratoire doit s'insérer dans la sphère plus ample des politiques socio-économiques du développement régional et urbain. Telles politiques doivent contempler la réalisation d'investissements qui, tant de nature et d'intensité que de localisation, tiennent compte: a) de la désintensification des flux migratoires de campagnes vers les villes; b) de la préoccupation d'éviter l'aggravement des dysfonctions causées par la migration au niveau des principaux centres urbains du pays, notamment la ville de Luanda.

Tenant compte de telles directives, la composante urbaine de ces politiques doit assumer un rôle important. En premier lieu, il faut profiter et maximiser les avantages potentiels favorisés par la dimension de quelques centres urbains existants

dans le pays comme foyers de modernité sociale et économique, de générer les économies externes et d'échelle, d'offre d'emplois productifs dans les secteurs secondaires et tertiaires, etc.

Il s'avère important que n'importe quelles actions de récupération prévues, notamment en ce qui concerne le système de transports, ne perdent pas de vue d'une stratégie de plus long délai revenant au modélage progressif d'un système structuré de relations fonctionnelles urbaines en Angola, pareille spécialisation naturelle à chaque sous-système, doit être stimulée par une hiérarchisation des centres urbains du pays en tenant compte du développement des activités secondaires et tertiaires pour lesquelles sont mieux vocationnées.

D'une part, les relations et inter-relations entre les différents centres urbains peuvent être stimulées horizontalement comme verticalement. Dans le premier cas, serait le développement complémentaire entre les différents sous-systèmes afin de les intégrer dans le plan national. Pour cela, telles interrelations doivent être plus étroites entre les centres urbains situés dans les premiers échellons hiérarchiques de chaque sous-système.

Les centres situés dans tels niveaux hiérarchiquement plus bas devraient fonctionner comme les premiers et plus significatifs remparts naturels aux déplacements des populations rurales jusqu'aux villes de grande importance.

Dans cette macro-dimension par laquelle doit se régler la stratégie d'action dans le domaine des migrations internes et d'urbanisation, il y a tout un ensemble d'actions à entreprendre pour réduire de degré d'instabilité locationnelle des migrants potentiels qui résident dans les zones rurales du pays. En voici quelques unes:

- promouvoir la modernisation des activités agricoles pour introduire les meilleures technologies qui favorisent l'augmentation significative de la productivité qui ne viennent pas au détriment de l'absorption de la main d'oeuvre par ce secteur (par exemple, les stimulants à l'introduction de semences améliorées, à l'adoption de pratiques de rotation de cultures de plantes en courbe de niveau et de procédés semblables).
- amplifier ou étendre les systèmes de commercialisation, de crédit et d'assistance technique dans les zones rurales au bénéfice exclusif des unités agricoles sous la responsabilité de femmes;
- amplifier ou étendre les services de soins de santé primaires et d'éducation de base dans les zones rurales;
- adapter les périodes scolaires dans les zones rurales aux calendriers agricoles pour réduire l'évasion scolaire et l'absentéisme;

- adapter les curriculum scolaires appliqués dans les zones rurales, aux nécessités et intérêts spécifiques de la population y résidant (inclure dans tels curriculum les notions sur les pratiques agricoles et nutritionnelles, de l'hygiène, de la vie familiale et de la reproduction, des soins de base avec la santé);
- stimuler l'arrivée ou l'amplification des responsabilités de capacité de gestion de coopératives agricoles et communautés de développement rural intégré;
- organiser ou réorganiser les marchés de produits agricoles (cultures de subsistance et cultures commerciales pour favoriser une politique de sécurité et d'autosuffisance alimentaire et la génération de rendements monétaires au niveau de populations rurales ou ruralisées;
- stimuler la recherche agricole orientée vers la réception des nécessités de la région (semences améliorées et écologiquement adaptées à la réalité angolaise, par exemple).

4.7. Assainissement de Base

Les services d'approvisionnement en eau potable qui se trouvent détériorés, datent de l'époque coloniale, et étaient dimensionnés pour servir des villes qui, comme Luanda, depuis lors avaient leur population croissante. Quant aux réseaux d'égouts sanitaires sont pratiquement inexistantes. Dans les actions d'assainissement de base considérées prioritaires, on distingue:

- la récupération et l'amplification des services d'approvisionnement en eau potable des principales villes du pays, avec l'extension des réseaux et le traitement d'eau dans les zones périphériques et la construction de fontaines publiques pour approvisionnement des populations y résidentes;
- l'implantation de réseaux d'égouts ou de systèmes non conventionnels d'égoutement et de traitement sanitaires d'eau dans les principales villes du pays et dans les zones affectées par la grande incidence de malaria, choléra et maladies diarrhéiques aiguës;
- des campagnes de sensibilisation de population sur les pratiques de la propreté personnelle et de l'hygiène publique.

4.8. Préservation du Milieu

La dimension de l'environnement de la question de population est fermement enracinée dans la propre problématique de la pauvreté. Derrière des questions démographiques de forte croissance de population et de sa distribution inégale spatiale, des hauts niveaux de fécondité et de mortalité, des relations élevées de

dépendance, il se trouve l'impératif du progrès social économique. Cet impératif doit être des critères de rationalité, pour un modèle de développement qui assure aussi pour les générations futures la continuité du processus.

Cependant, c'est possible de détailler quelques actions qui, au niveau de la dimension environnementale s'identifient, se relationnent et se surperposent à celles qui étaient déjà explicitées au niveau de la préoccupation plus directe avec la dimension population:

- élaborer et faire exécuter les règlements dans le but de protéger les ressources naturelles, notamment celles de l'intérêt à l'approvisionnement des villes, contre le mauvais usage, contamination par la population, aussi par les industries de transformation et activités de minérations polluantes soient celles déjà implantées, soient celles qui seront installées dans le pays;

- identifier et protéger les zones écologiquement vulnérables (terres arides, terres occupées par la petite production agricole, forestière tropicale, zones côtières, zones de potentiel touristique, etc.) dans lesquelles aussi bien la pression de l'accroissement de population (y compris par effet des migrations rurales ou de rétention de population), que l'exploitation désorganisée du sol et d'autres ressources qui pourront causer de dégâts et problèmes tels que l'érosion, la désertification, la salinisation, la décaractérisation, etc;

- défendre le déboisement et les brûlis de zones forestières et stimuler la manipulation rationnelle des ressources forestières;

Fundação Cuidar o Futuro

- incorporer des préoccupations en matière d'environnement dans les programmes du système régulier d'enseignement;

- appuyer la recherche technico-scientifique concernant les relations entre population, développement et environnement en Angola;

- protéger les parcs nationaux contre la chasse et le tourisme désorganisé.

Toutefois, sur toutes ces orientations et actions spécifiques plane une nécessité de réaliser un effort considérable de sensibilisation d'opinion publique angolaise pour développer une conscience préservationniste.



4.9. Disponibilité d'une Base Statistique

N'importe quelle enquête statistique ou démographique de grande envergure et en profondeur à être faite en temps de paix -cas de recensement démographique, par exemple - impose d'être précédée non seulement par un long et minutieux travail de préparation, mais aussi d'un sérieux effort de réhabilitation et dynamisation de l'INE (Institut national de la Statistique) pour surmonter ses propres carences aigües (d'équipements, de bases cartographiques et de cadres techniques spécialisés) et l'adapter à une nouvelle réalité de plan qui se profile pour le pays.

Dans le domaine d'études de population, l'INE doit:

- poursuivre ses propres efforts actuels pour réaliser des enquêtes par échantillon qui limitées et circonscrites dans les zones urbaines (l'exemple de récente enquête sur "L'Emploi et le Chômage dans la Ville de Luanda"), sont d'une extrême utilité tenant compte de la carence généralisée d'informations disponibles;
- réaliser des passages périodiques de ces enquêtes, à intervalles réguliers (trimestriels, semestriels, etc.);
- inclure dans de tels passages un supplément de recherche spéciale orientée chaque fois vers une thématique spécifique d'intérêt en matière de population (fécondité, planning familial, santé maternelle et infantile, mortalité, nutrition, etc.);
- étendre progressivement dans la mesure du possible la réalisation de ces enquêtes dans d'autres villes importantes du pays;
- promouvoir l'accompagnement statistique des politiques de population que le Gouvernement adopterait.

4.10. Formation de Cadres Techniques

La constitution d'une équipe de spécialistes angolais de grande compétence en matière d'études des questions de population est nécessaire pour garantir non seulement la souveraineté et l'indépendance mais surtout le caractère national des formulations et actions qui seraient prises dans le domaine de population et de développement. C'est un effort impérieux de promouvoir une formation adéquate en démographie de cadres techniques angolais. Etant données les difficultés du thème, il convient d'examiner la possibilité que le pays soit le siège du cours technique de formation en Analyse Démographique, du niveau intermédiaire, ouvert exclusivement au PALOP's. Le dit cours peut constituer la base pour la formation d'une masse critique de cadres formés, desquels les plus qualifiés et les meilleurs auraient plus de conditions pour être sélectionnés et envoyés à l'étranger pour une formation avancée.

CHAPITRE V

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS

La situation démographique de l'Angola produit, d'une certaine forme, le contraste qui caractérise le continent africain: il s'agit d'un pays dispersément peuplé (près de 9 hab/km²) mais dont la population (près de 11 millions d'habitants) s'accroît à un rythme assez rapide (2,9% par an) et avec une tendance à se concentrer principalement dans les milieux urbains (37% en 1990).

L'analyse du contexte socio-démographique du pays met en évidence, du moins par la dimension absolue de la population et de la densité démographique, tout un élan de préoccupations relatives à sa problématique de population dans lesquelles il faut relever:

- les niveaux élevés de fécondité et de mortalité infantile (y compris les décès évitables) qui mettent en exergue la grande déperdition reproductrice prévalente au sein de la population angolaise;
- le rythme élevé d'accroissement que l'effectif de la population angolaise présente déjà et qui s'intensifiera dans l'avenir;
- la tendance croissante à l'inégalité qui se vérifie dans la distribution spatiale de la population entre les milieux urbains et ruraux;
- l'intense exode migratoire vers les grandes villes et ces conséquences défavorables en terme d'une urbanisation exacerbée et chaotique;
- l'extrême jeunesse de la population angolaise qui augmente la charge de dépendance de la population économiquement active et amène des conséquences défavorables à la génération d'épargne et à sa conséquente canalisation pour les investissements productifs;
- les niveaux élevés de chômage et de sous-emploi qui affectent la force de travail angolaise;
- la position subalterne reléguée à la femme dans la société angolaise, y compris dans les zones urbaines;

- le cadre généralisé de carences qui affligent la population angolaise et qui se traduisent aussi bien en bas rendements et en baisse de productivité de main-d'oeuvre, que les coûts sociaux élevés découlant d'aggravement et de la perte d'efficacité du système d'enseignement du pays, ainsi que la prévalence d'un état de santé publique dont les cadres de morbidité et de mortalité sont extrêmement graves;
- l'apparition de SIDA et la tendance rapide de sa propagation dans tout le pays.

Avec la paix, il est prévisible d'entreprendre des actions indispensables de santé publique et de prophylaxie de l'environnement à moindre coût, pour réduire rapidement la grande proportion des maladies et des décès évitables qui infectent le cadre nosologique angolais, y compris de décès infantile. Tenant compte de la haute fécondité que l'on observe en Angola, les effets plus directs et immédiats de ces actions seront, à court et à moyen terme, une brusque augmentation du taux d'accroissement de la population accompagnée d'un rapide processus de réajeunissement de la population dont la base démographique existante est déjà jeune. En dernière analyse, cette pression découlant du fragile système social et productif de l'Angola inhibira un grand flux d'épargnes qui peut être canalisé à des fins productrices liées à la récupération des dégâts causés par la guerre et à la reprise du développement du pays.

La baisse de la fécondité présente l'option possible pour freiner de telles tendances. Cependant, pour être efficace en horizon de temps opportun, la fécondité assumera une dimension significative, en Afrique, qui doit se superposer à la rigidité des conditionnements culturels et à l'inertie des initiatives gouvernementales en la matière. En Angola, comme dans la plupart des pays d'Afrique, l'action du gouvernement se centre dans quelques activités programmées, surtout dans celles orientées pour la provision de ressources nationales et pour la canalisation de quelques ressources externes nécessaires à l'élévation de la qualité des services de santé. La plupart d'activités sont incluses dans les soins de santé maternelle infantile, lesquelles s'insèrent dans un programme de planning familial (avec l'appui du FNUAP et de l'IPPF), implanté depuis 1986. Les activités de ce programme, avant la recrudescence de la guerre, étaient implantées à travers 70 postes de service localisés dans 8 capitales provinciales. La couverture anticonceptionnelle peut être considérée assez faible (moins de 2% selon les estimations disponibles). Le programme a ressenti une série de difficultés, notamment de la carence de ressources humaines qualifiées, de la disponibilité d'anticonceptionnels, de la rigidité des facteurs culturels prévalents, etc.

Dans ce même cadre de soins de santé maternelle-infantile, on mentionne encore le Programme Elargi de Vaccination qui prévoit les vaccins destinés à protéger les enfants de moins de 1 an contre la poliomyélite, la rougeole, le tétanos, la toux convulsive, la tuberculose et la diphtérie et le Programme de suivi des grossesses dont les activités sont développées à travers de consultations pré-natales dont la couverture est assez faible (près de 17%).

Autres actions de santé qui peuvent être soulignées sont celles de la santé communautaire, de la lutte contre les principales endémies et les questions de l'hygiène, de l'épidémiologie et de l'éducation sanitaire des populations. Il s'y insère un Programme de Lutte Contre le SIDA.

Tous ces autres programmes sont affectés par les mêmes lacunes qui enferment les services nationaux de santé et qui traduisent, fréquemment, les anomalies de gestion des opérations essentielles. Telles lacunes incluent, entre autres, la couverture limitée des réseaux installés, l'insuffisance du personnel formé et motivé, le manque d'équipements de base, la carence de normes techniques d'intervention, le débile accompagnement des actions réalisées sur le terrain et les propres déficiences du système statistique national qui affectent le plan et l'accompagnement des actions programmées.

La formulation et la mise en exécution d'une politique de population concertée et efficace pour traiter des questions démographiques de l'Angola se présentent à la lumière du diagnostic sur le contexte démographique rationnel, comme une nécessité inéluctable et indispensable.

Cette politique de population doit s'insérer dans le cadre d'une politique plus ample de développement social et économique dont le dernier but sera d'améliorer la qualité de vie et le bien-être de la population. Il convient en effet d'établir ou de renforcer tout un éventail de stratégies politiques et d'actions programmées pour réduire principalement les niveaux élevés de morbidité et de mortalité de la population, à inhiber la haute fécondité et le rythme élevé d'accroissement des effectifs résidents dans le pays, à appuyer des actions de développement régional et la réduction des disparités locationnelles de la population, à amplifier la couverture et la qualité de réception des demandes sociales de base (alimentation, santé, habitation, éducation, culture, loisir, etc.), à améliorer le degré de connaissances sur la réalité démographique, sociale et économique angolaise. Au niveau des lignes stratégiques de nature plus strictement démographiques, il faut considérer ou développer et intensifier des actions dans le sphère du planning familial et aussi de protection à la santé maternelle-infantile, de l'ampliation des services d'information-éducation-communication en matière de population, de l'intégration de la femme au processus du développement.

Dans une ligne auxiliaire non moins importante, il revient de renforcer et d'amplifier la collecte-l'analyse-la recherche en matière de population et développer des programmes de formation professionnelle de cadres.

On espère que l'avènement de la paix marque réellement le début de la récupération économique et de la reprise du développement de l'Angola. C'est indispensable que l'on reconnaisse dans les plans et programmes qui seront élaborés et exécutés, l'importance du facteur population comme un élément déterminant/intervenant sur le développement du pays. Il faut aussi adopter, dans ces plans, une vision de nature ample et systémique des interactions entre variables économiques, sociales et démographiques.

En guise de conclusion, il nous revient de faire quelques recommandations de nature générale non moins importantes.

La première concerne la nécessité de créer dans l'avenir un Conseil National de Population, de haut niveau, intégré par des représentants des principales instances politiques, techniques et administratives du pays liées à cette problématique, chargé d'analyser, formuler et orienter des recommandations.

On recommande aussi à la structure gouvernementale compétente, dans ce cas le Secrétariat d'Etat au Plan (SEPLAN), de procéder à une large divulgation des lignes importantes de ce rapport pour sensibiliser les différents intervenants en matière de population, la société civile et le peuple en général, à propos des questions traitées et des propositions d'intervention programmées qui s'y trouvent.

Fundação Cuidar o Futuro

BIBLIOGRAPHIE

- AMADO Filipe, CRUZ Fausto et HAKKERT Ralph, "Urbanisation et Désurbanisation en Angola", in Cahiers de Population et Développement, Vol.I, n° 1, Janvier-Juin, 1992, Luanda, pp. 57-92.
- ANGOLA, BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT, Résultats Définitifs du Recensement de Luanda de 1983, INE, Luanda, 1986.
- ANGOLA, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, Enquête sur l'Emploi et le Chômage dans la Ville de Luanda, Février 1992, INE/SEPLAN, Luanda, 1992.
- ANGOLA, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, "Projection de la Population du Pays par ProvinCes 1970/85" in Bulletin Démographique, n°4, INE, Luanda, 1987.
- ANGOLA, MINISTERE DU PLAN, Projet de Récupération Economique 1993-1997; Vol.2: Stratégies et Politiques Sectorielles Luanda, version préliminaire, 1992.
- ANGOLA, MINISTERE DE LA SANTE, Rapport d'Évaluation des Stratégies de Soins de Santé pour Tous à l'An 2000, Bureau du Plan du MINSA, Luanda, 1990.
- ANGOLA, UNITE D'ETUDES DE POPULATION, "La Population Angolaise et ses Caractéristiques Socio-Démographiques" in Cahiers de Population et Développement, Vol.I, n° 1, Janvier-Juin, 1992, Luanda, pp. 15-56.
- COLAÇO Luís Filipe de Sousa, Angola: Projections de la Population-1990/2010, Ministère de l'Éducation, Luanda, 1991.
- COLAÇO Luís Filipe de Sousa, "Caractéristiques Démographiques de la Population de Lubango", in Bulletin Démographique n°5, INE, Luanda, 1991.
- COLAÇO Luís Filipe de Sousa, La Mortalité des Enfants à Luanda. Etude Exploratoire, Thèse de Maîtrise en Démographie, Université Catholique de Louvain, Louvain, 1986.
- COLAÇO Luís Filipe de Sousa, "Luanda: Contexte Démographique et Inégalités Spatiales" in Cahiers de Population et Développement, Vol.I, n° 1, Janvier-Juin, 1992, Luanda, pp. 93-107.
- COLAÇO Luís Filipe de Sousa, La Situation de la Femme en Angola: Quelques Données Statistiques, OMA/ASDI, Luanda, 1991.
- COSTA CARVALHO Carlos A. da, La Population Noire de l'Angola, CES-INE, Portugal, 1979.
- DA GRAÇA Miguel, "Population, Pauvreté et Droits Humains en Afrique" in Cahiers de Population et Développement, Vol.II, n° 1, Janvier-Juin, 1993, Luanda, pp. 159-164.
- HAKKERT Ralph, Economie des Ressources Humaines, Luanda, s/date.
- HURLICH Susan, MND - Femmes dans le Développement; Vol.I, Association Suédoise pour le Développement International (ASDI), Lire et Écrire, Luanda, Mai 1992.
- KIALUNDA KIALA, Pedro, "Réflexions sur la Question de la Population Angolaise" in Cahiers de Population et Développement, Vol.I, n° 1, Janvier-Juin, 1992, Luanda, pp. 133-152.
- KODI SAMBA J. Constantino, "Fécondité et Mortalité dans la Province de Namibe" in Bulletin Démographique n° 8, INE, Luanda, 1990.



- KODI SAMBA J. Constantino, "Caractéristiques Démographiques de la Population de Uíge et Negage" in Bulletin Démographique n° 7, INE, Luanda, 1988.
- KODI SAMBA J. Constantino, "Fécondité et Mortalité dans les Provinces de Cabinda et du Zaïre" in Bulletin Démographique n° 10, INE, Luanda, 1991.
- KODI SAMBA J. Constantino, "Nuptialité et Fécondité en Angola" in Cahiers de Population et Développement, Vol.II, n° 1, Janvier-Juin, 1993, Luanda, pp. 81-106.
- MOURA Hélio A. de & GARCIA Lencastre J., "La Démographie de Quelques Immeubles et "Musseques" de Luanda" in Cahiers de Population et Développement, Vol.II, n° 1, Janvier-Juin, 1993, Luanda, pp. 107-128.
- MOURA Hélio A. de, "La Variable Migratoire dans l'Enquête sur l'Emploi et le Chômage dans la Ville de Luanda" in Cahiers de Population et Développement, Vol.II, n° 1, Janvier-Juin, 1993, Luanda, pp. 129-154
- MOURA Hélio A. de, "Le Facteur Démographique et la Planification du Développement en Angola" in Cahiers de Population et Développement, Vol.II, n° 1, Janvier-Juin, 1993, Luanda, pp. 155-161.
- RIBEIRO José Teixeira "Population et Planification de l'Éducation en Angola" in Cahiers de Population et Développement, Vol.II, n° 1, Janvier-Juin, 1993, Luanda, pp. 11-50.
- ROCHA JUNIOR Luís Baltazar & SETAS Fernando, "Projection de la Population du Pays par Provinces - 1985/2020, in Bulletin Démographique n° 11, INE, Luanda.
- SALAZAR Júlia, Estimations de la Fécondité de la Province de Luanda à Travers les Données du Recensement de 1983, INE, Document de Travail n° 2, Luanda, 1987.
- SAMPAIO Júlio de Almeida, "La Population et la Planification du Développement" in Cahiers de Population et Développement, Vol.II, n° 1, Janvier-Juin, 1993, Luanda, pp. 155-158.
- SOUSA Luís Augusto de, Sur la Femme Lunda-Quioça, Commission d'Investigation d'Outre-mer, 2^e série, n°60, Lisboa, 1971.
- UNITED NATIONS/DIESA, The Sex and Age Distributions of Population: The 1990 Revision, UN/DIESA, N.York, 1991.
- UNITED NATIONS/DIESA, World Population Prospects 1988, UN/DIESA, N.York, 1989.
- UNITED NATIONS/DIESA, World Urbanization Prospects 1990, UN/DIESA, N.York, 1991.
- UNITED NATIONS / INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION, Statistical Yearbook 1986, ILO, Genève, 1987.
- UNITED NATIONS / UNICEF, Enquête Budget Ménager et Nutrition à Luanda, Rapport préliminaire, UNICEF/MINPLAN, Luanda.
- VAZ GRAVE Maria Júlia, "L'Utilisation de la Méthode de l'Enfant Précédent pour l'Étude de la Mortalité" in Cahiers de Population et Développement, Vol.II, n° 1, Janvier-Juin, 1993, Luanda, pp. 51-80.

Fundação Cuidar o Futuro

Fundação Cuidar o Futuro

