

RN
colloques
et
séminaires
TREND
SMALL
FAMILY



**Maîtrise
de la fécondité**
et planification
familiale au Sud

Éditeurs scientifiques
Marc Pilon - Agnès Guillaume

**Maîtrise de la fécondité
et planification familiale au Sud**

Actes des V^e Journées démographiques de l'IRD
Paris, 28-30 septembre 1994

Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud

Éditeurs scientifiques
Marc Pilon et Agnès Guillaume

Éditions IRD
INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT

collection Colloques et Séminaires

Paris, 2000

Mise en page

Atelier Christian Millet

Traduction

Tal Tamari, pour les résumés

Cartographie

À l'exception des cartes dont le crédit est mentionné, les cartes ont été rédigées ou reprises par Catherine Finetin, Maison Ginouvès à Nanterre.

Fabrication

Catherine Plasse

Maquette de couverture

Michelle Saint-Léger

Maquette intérieure

Catherine Plasse

Photo de couverture

Peinture murale illustrant la campagne locale de planning familial. Incitation au contrôle des naissances. "*Modern trend Small family*", « famille moderne, famille réduite ». Piertermaritzburg, KwaZulu Natal.

La loi du 1^{er} juillet 1992 (code de la propriété intellectuelle, première partie) n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article L. 122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans le but d'exemple ou d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon passible des peines prévues au titre III de la loi précitée.

© IRD Éditions, 2000

ISSN : 0767-2896

ISBN : 2-7099-1448-4

Liste des auteurs

Renaud **Bailleux**, Food and Agricultural Organisation of United Nations, Participatory Rural Development/ Gender Analysis, C/O FAO Representation, P/O Box 53 Phnom Penh (Cambodge), Projet code : GCP/CMB/002/ BEL. e-mail : fao-sr@rep.forum.org.kh

Charles **Becker**, IRD – Bel Air, BP 1386, Dakar – Hann, Sénégal. email : becker@dakar.ird.sn

Yves **Charbit**, CERPAA, UFR Sciences sociales, université de Paris V, 12 rue Cujas, 75005 Paris, France. email : yves.charbit@biomedicale.univ-paris5.fr

Maria Eugénia **Cosio-Zavala**, Cerpos, université de Paris X, Nanterre, 200 avenue de la République, 92001 Nanterre Cedex, France. email : cosio@u-paris10.fr

Daniel **Delaunay**, IRD, 213 rue La Fayette 75480 Paris cedex 10 (France). email : delaunay@ird.rio.net

Valérie **Delaunay**, IRD – Bel Air, BP 1386, Dakar – Hann, Sénégal. email : Valerie.Delaunay@ird.sn

Arlette **Gautier**, 15 rue Mélingues, 75019 Paris, France.

Jean-Pierre **Guengant**, IRD, BP 11416, Niamey, Niger. email : guengant@niamey.ird.ne

Georges **Guiella**, UERD, 03 BP 7118, Ouagadougou 03, Burkina Faso. email : guiellag@hotmail.com

Agnès **Guillaume**, Ensea/IRD, 08 BP 3 Abidjan 08, Abidjan, Côte d'Ivoire. email : Agnes.Guillaume@ird.ci

Philippe **Hamelin**, IRD, Castilla 53 390, Correo central, Santiago 1, Chili. email : phamelin@chilesat.net

Sarah **Hillcoat-Nalletamby**, Cerpaa, UFR Sciences sociales, Université de Paris V, 12 rue Cujas, 75005 Paris, France.

N'guessan **Koffi**, Ensea, 08 BP 3 Abidjan 08, Abidjan, Côte d'Ivoire. email : nguessan@ensea.ed.ci

Pierre **N'Gom**, African Population and Health Research Center, Population Council, P.O. Box 17643, Nairobi, Kenya. email : pngom@popcouncil.or.ke

Ferdinand **NGueyap**, Iford, BP 1556 Yaoundé, Cameroun

Amadou Noubissi, African Census Analysis Project, Population Studies Center, University of Pennsylvania, 3718 Locust Walk, Philadelphia, PA 19104-6298. email : anoubis@pop.upenn.edu

Marc Pilon : UERD, 03 BP 7118, Ouagadougou 03, Burkina Faso. email : pilon@ird.bf

Jean Poirier, Département de démographie, Université de Montréal, CP 6128, Succ. Centre Ville, Montréal, Québec, Canada H3C 3J7. email : poirier@ERE.Umontreal.CA

Norma B. Rubiano, Calle 12 N° 1-17 este. Bloque C. Of. 404, Santafé de Bogota, D.C., Colombie

Mburano Rwenge, Iford, BP 1556 Yaoundé, Cameroun

Richmond Tiemoko, Iford, BP 1556 Yaoundé, Cameroun

Kokou Vignikin, URD, BP 12971, Lomé, Togo. email : kokou.vignikin@syfed.tg.refer.org

Patrice Vimard : IRD, 7 Parc de la Moustelle, 13320 Bouc Bel Air, France. email : vimard@newsup.univ-mrs.fr

Madeleine Wayak-Pambe, s/c Patrick Nikiéma, 01 BP 17 Ouagadougou 01, Burkina Faso.

Lucero C. Zamudio, Centro de Investigaciones sobre Dinamica Social, Calle 12 N° 1-17 este. Bloque C. Of. 404, Santafé de Bogota, D.C., Colombie.

Sommaire

Introduction	9
Marc Pilon et Agnès Guillaume	

Transitions de la fécondité dans les pays du Sud

Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique latine	21
María E. Cosío-Zavala	

Brésil, une transition atypique ? Ou la non nécessité d'une politique de population	35
Philippe Hamelin	

Fécondités mexicaines : le choix des lieux	49
Daniel Delaunay	

Politiques démographiques et liberté reproductive	71
Arlette Gautier	

Comportements de fécondité en situation prétransitionnelle : permanences et changements

Fondements socio-économiques de la fécondité chez les Mossi du plateau central (Burkina Faso)	93
Georges Guiella, Jean Poirier	

Déséquilibre agricole et comportements démographiques des ménages. Le cas du Sud-Est Togo	111
Kokou Vignikin	

Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais	127
Valérie Delaunay, Charles Becker	

Urbanisation et comportement procréateur au Bénin	147
Mburano Rwenge	

Planification familiale : entre la demande et l'offre

Pratique contraceptive en Afrique subsaharienne. Niveaux, tendances et déterminants	163
Ferdinand Ngueyap	
La femme camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes. Rejet ou inaccessibilité?	177
Amadou Noubissi, Madeleine Wayack	
Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal	193
Pierre Ngom	
L'échec de la planification familiale dans les « Cités » de l'île Maurice	207
Yves Charbit, Sarah Hillcoat-Nallétamby	
Le RU 486 en Guadeloupe. Quelles leçons pour le Sud? ...	223
Jean-Pierre Guengant, Jacques Bangou	
Effets de l'avortement volontaire sur la réduction de la descendance en Colombie	235
Lucero Zamudio, Norma Rubiano	
Mesure de la demande de planification familiale à partir de la taille de la famille souhaitée par les filles et de la parité de leur mère. Le cas de Biankouma (Côte d'Ivoire)	251
Richmond Tiémoko	
À propos de la mesure de l'efficacité des programmes de planification familiale à Taïwan	265
Renaud Bailleux	
Impact et perspectives de la planification familiale dans le département d'Aboisso (sud-est de la Côte d'Ivoire)	279
Koffi N'Guessan	
Postface	295
Patrice Vimard	
Résumés / abstracts	301

Introduction

Depuis les travaux de Himes (1963), qui avait constitué un catalogue des procédés contraceptifs connus selon les époques et selon les continents, on sait que les sociétés humaines ont toujours disposé de moyens de régulation de leur fécondité. Ainsi la fécondité a-t-elle toujours été régulée, selon des modalités en correspondance pour chaque communauté avec le processus évolutif de reproduction économique et sociale. La théorie de la transition démographique, et plus précisément les conditions de la transition de la fécondité font l'objet de débats récurrents ; débats qui concernent aussi bien les pays ayant achevé leur transition, que ceux où elle est en cours, ou les pays ne l'ayant pas encore entamée. Ces trois situations se retrouvent d'ailleurs au sein des pays du Sud.

Les nombreuses études qui ont abouti à des remises en cause de la théorie, pour son caractère linéaire et prédictif, ont permis de mettre en lumière la diversité des processus de transition, qui est aujourd'hui un fait attesté (Vimard, 1997). Au-delà de ce constat, reste encore à bien comprendre la nature des facteurs en jeu et les mécanismes à l'œuvre, ici et là, et ce qu'ils peuvent avoir de commun ou de spécifique aux situations observées. Des politiques de populations ayant été mises en place dans un nombre croissant de pays, notamment à travers des programmes de planification familiale, il convient de déterminer leurs effets réels sur la fécondité.

Pour les pays, ou plus spécifiquement pour les sociétés, qui n'ont pas vu baisser leur niveau de fécondité, alors que des changements majeurs sont généralement intervenus sur les plans social, culturel, économique, politique et démographique (notamment une baisse de la mortalité des enfants), on peut s'interroger sur les causes du maintien d'une fécondité élevée. Est-ce affaire de choix, de contraintes, de stratégies... ? Est-ce une simple question de temps, de calendrier ?

À côté, ou plutôt en contrepoint, du rôle du développement socio-économique dans le processus de transition, celui de la « crise » (économique s'entend) apparaît de plus en plus mis en avant, mais de manière ambivalente : d'un côté, la crise permet d'expliquer le maintien d'une forte fécondité, à travers les stratégies de survie des familles ; de l'autre, en raison de la détérioration du pouvoir d'achat et d'un coût des enfants devenu trop élevé, elle entraîne la réaction inverse, une

baisse de la fécondité, situation qualifiée par certains auteurs de « malthusianisme de pauvreté » (Cosio ; voir son article dans cet ouvrage), de « contraception de crise », de « *crisis-led transition* » (Boserup, 1986). Outre ce lien avec la fécondité, la « crise » affecte la démographie dans son ensemble, à travers des relations à la fois multiples et complexes (Coussy et Vallin, 1996 ; Gendreau, 1999). Quoi qu'il en soit, au cours des dernières décennies, s'est produit un véritable « boom mondial de la contraception » (OMS, 1992). En trente ans, le nombre des utilisatrices de méthodes modernes de contraception a été multiplié par dix ! Même là où cette prévalence demeure faible, la pratique contraceptive progresse. Il importe alors de chercher à identifier les facteurs qui favorisent l'adhésion à la contraception. Malgré cela, et c'est encore le cas le plus fréquent, de nombreux problèmes demeurent : résistances culturelles et religieuses, manque d'information, insuffisance de l'offre en matière de contraception, impossibilité ou difficulté d'accès aux services de planification familiale, coût élevé des contraceptifs modernes, attitude répréhensible des personnels de santé à l'égard des femmes, etc. Au delà de leur identification, quelle est l'importance respective de ces différents facteurs ? De quelle manière agissent-ils ? Qu'ont-ils de commun et de spécifique aux différentes situations observées ?

Par ailleurs, l'offre de contraception transite souvent par les systèmes de santé, répondant ainsi à des préoccupations d'ordre pratique et/ou de stratégie politique. On peut cependant s'interroger sur la pertinence de la démarche qui consiste à relier la planification familiale à la santé de la reproduction, alors qu'existent d'autres canaux de la diffusion de la contraception. Il convient aussi, au niveau des familles, de mieux comprendre les raisons et les conséquences de l'utilisation de la planification familiale sur la santé maternelle et infantile. L'adoption de ces méthodes est-elle guidée par des raisons d'ordre sanitaire ? Quel rôle le sida va-t-il jouer en matière d'adoption de méthodes contraceptives et/ou préventives ?

Ces divers questionnements furent au centre des V^e Journées Démographiques de l'Orstom (devenu IRD), tenues du 28 au 30 septembre 1994. Le présent ouvrage rend compte de ces Journées, mais une sélection des communications a été opérée et nous avons procédé à une réorganisation thématique, qui aboutit à une structuration de l'ouvrage en trois parties : diversité des transitions de la fécondité ; comportements de fécondité en situation prétransition-

nelle : permanences et changements ; planification familiale : entre la demande et l'offre. L'ensemble des textes (17 au total), composé à la fois d'études de synthèse, d'approches monographiques et de travaux méthodologiques, concerne une quinzaine de pays, situés essentiellement en Afrique francophone et Amérique latine, plus la Guadeloupe, l'Île Maurice et Taïwan.

Diversité des transitions de la fécondité

Comme nous l'avons déjà souligné, nombreuses sont les études qui documentent la diversité des processus de transition démographique, particulièrement dans les pays du Sud. Les quatre articles abordant ici cette question abondent dans ce sens. Les trois textes relatifs à l'Amérique latine mettent bien en lumière la diversité et les singularités des transitions de la fécondité qui apparaissent comme le résultat d'un vaste processus de changements démographiques amorcé au début du siècle et véritablement engagé en 1930, avec les premières campagnes de santé publique et leur généralisation à tous les pays du sous-continent.

Dans son article de synthèse à l'échelle du continent latino-américain, Maria Cosío-Zavala met en évidence les singularités de la transition de la fécondité, en introduisant une dimension socioculturelle dans la théorie de la transition démographique, ce qui lui permet de replacer les présupposés théoriques dans une perspective temporelle et spatiale. Son analyse révèle l'existence d'un triple modèle de la fécondité en Amérique latine : transition de modernisation socio-économique, transition de pauvreté (nommée « malthusianisme de pauvreté » par l'auteur), absence de transition.

Si la diffusion de la transition de la fécondité au Brésil se réalise selon un modèle commun avec celui des autres pays latino-américains, l'article de Philippe Hamelin montre qu'elle s'effectue dans un contexte politique et socio-économique relativement différent qui fait de la transition brésilienne un cas « atypique » : absence de politique de population, faible progression des indicateurs sociaux, mortalité infantile encore élevée, accentuation durant la récession des années 1980 de la baisse de la fécondité amorcée lors du miracle économique de la décennie 1970. Pour l'auteur, ce décalage avec le modèle classique de la transition démographique trouve son explication dans la profonde

« mutation de la société brésilienne toute entière où tous les facteurs, politiques, économiques, sociaux et démographiques sont liés », qui repose essentiellement sur une transformation de la place de la femme et de l'enfant dans la société brésilienne.

Toujours dans le contexte latino-américain, l'article de Daniel Delaunay, consacré au Mexique, met quant à lui en lumière l'importance de la prise en compte dans l'analyse de la transition de la fécondité, à la fois de la dimension spatiale et du phénomène migratoire. Sur la base de données démographiques et socio-économiques disponibles à une échelle spatiale fine, analysées dans le cadre d'un « système d'information géographique », l'auteur présente la géographie mexicaine de la fécondité à l'échelle nationale, dont il analyse ensuite les correspondances avec celle du développement socio-économique. Le constat d'un certain nombre d'écart au modèle amène alors à considérer le phénomène migratoire comme une autre composante de la baisse de la fécondité mexicaine, ce que l'auteur fait dans deux directions : à travers le rôle des stratégies migratoires individuelles sur la fécondité mexicaine, et des effets propres de l'émigration vers les États-Unis.

Enfin, au sujet du rôle véritable des politiques démographiques dans les processus de transition, Arlette Gautier se propose, à partir de monographies concernant les douze pays les plus peuplés du Sud, d'analyser les programmes gouvernementaux de planification familiale sous l'angle des relations entre « politiques démographiques et liberté reproductive ». Après avoir discuté des notions de liberté et de contrainte en matière de reproduction, l'auteur cherche à appréhender le degré de liberté des individus et des ménages quant à leurs droits reproductifs, à travers leurs possibilités réelles d'accès à la contraception. Elle montre ainsi les limites à la libéralisation accrue concernant la contraception et le décalage fréquent entre le discours et la législation. L'analyse conduit à l'identification de trois groupes de pays : ceux qui n'ont pas de liberté reproductive, par absence ou par imposition de la contraception (ils représentent la moitié des trois milliards d'individus de ces douze pays étudiés) ; ceux où la liberté reproductive est réduite de par un déficit de diffusion et/ou un accès d'autoritarisme (40 % de la population totale des pays) ; enfin, ceux où la liberté reproductive est assurée par le marché ou l'État (10 % de la population totale des pays).

Comportements de fécondité en situation prétransitionnelle : permanences et changements

Au début des années 1990, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne n'ont toujours pas entamé leur transition de la fécondité. Pour nombre d'entre eux, en milieu rural, divers facteurs concourent à maintenir des niveaux élevés de fécondité au sein des sociétés concernées ; comme le montrent généralement les études de type monographique. Deux articles illustrent ici cette situation.

À propos du Pays mossi, au Burkina Faso, Jean Poirier et Georges Guiella mettent ainsi en lumière l'importance des contraintes environnementales et des caractéristiques de l'organisation sociopolitique et économique de la société mossi dans la mise en œuvre de « stratégies de survie », où la recherche d'une forte fécondité joue un rôle majeur. Basé sur une lecture synthétique des études existantes et réalisées selon différentes approches disciplinaires, l'article analyse séparément les situations des hommes et des femmes, les raisons qui les contraignent ou les incitent à réaliser une descendance nombreuse ; tout en s'interrogeant sur les conditions susceptibles de favoriser l'amorce d'une transition de la fécondité en Pays mossi.

De son côté, Kokou Vignikin examine les diverses stratégies développées par les sociétés rurales du Sud-Est Togo, confrontées à une détérioration de leur capacité à subvenir à leurs besoins de subsistance. Partant d'une approche historique de l'évolution du système de production, de plus en plus marqué par la logique capitaliste, l'auteur montre comment les ménages ont été contraints, là aussi, à développer des stratégies de survie, qui articulent étroitement deux types de comportements démographiques : l'émigration des jeunes, notamment vers la capitale ; la maintien d'une fécondité élevée, à la fois nécessaire pour alimenter le réseau migratoire et garantir une taille suffisante du groupe domestique.

Les sociétés rurales africaines, aussi « traditionnelles » soient-elles, ne sont pas pour autant figées en matière de fécondité. À partir de l'étude des communautés rurales de la zone de Niakhar, situées à 150 km de Dakar en bassin arachidier sénégalais, et confrontées depuis plusieurs années à une crise agricole et économique, Valérie Delaunay et Charles Becker montrent, qu'en dépit d'une très faible pratique contraceptive, il existe une demande réelle de maîtrise de la fécon-

dité. Analysant les déterminants de la connaissance et de la pratique contraceptive, ainsi que des projets de fécondité, les auteurs mettent en lumière l'émergence de nouvelles valeurs et normes sociales ainsi qu'une modification de l'idéal de fécondité qui sont notamment induites par le phénomène des migrations saisonnières vers les villes, touchant surtout les jeunes.

Partant du constat des différences de fécondité généralement observées entre milieux rural et urbain, Mburano Rwenge présente une approche théorique selon laquelle l'évolution de la fécondité en Afrique subsaharienne devrait évoluer vers la coexistence de deux modèles, l'un transitionnel en milieu urbain et l'autre traditionnel en milieu rural, compte tenu de la différence dans les coûts et avantages que représentent les enfants pour chacun des deux milieux. La confrontation de cette approche théorique aux données de l'enquête fécondité du Bénin de 1981-1982, analysées à l'aide d'une analyse multi-variée, permet à l'auteur de souligner la force du contrôle social en milieu rural et l'émergence d'une maîtrise individuelle en ville.

Planification familiale : entre la demande et l'offre

Une demande de contrôle de la fécondité peut exister et s'exprimer sans pour autant se traduire par une pratique contraceptive, notamment par l'utilisation de méthodes modernes : le recours à l'avortement provoqué intervient parfois comme moyen de maîtrise de la fécondité en remplacement de la contraception ou en cas d'échec d'une méthode. Il est donc essentiel de comprendre les mécanismes qui favorisent ou freinent cette accès à la contraception.

Les facteurs influant sur la pratique contraceptive sont multiples (National Research Council, 1993 ; Bangha, 1995). Ils sont d'ordre à la fois démographique, social, économique, culturel, religieux et politique ; agissant tant au niveau de la demande que de l'offre de contraception, au niveau individuel, familial ou collectif (Locoh, 1991 ; Sadik, 1980).

La faible progression de la contraception en Afrique amène aussi à s'interroger sur le rôle de l'offre, notamment pour les méthodes modernes. Sont ainsi posés les problèmes de la disponibilité des produits et de leur accessibilité (en terme de coût financier), du comportement des personnels de santé, de l'adéquation des services,

et donc des programmes de planification familiale avec les spécificités des sociétés, etc.

L'article de Ferdinand Nguyeap présente un bilan, à l'aube des années 1990, des niveaux et tendances de la pratique contraceptive en Afrique, à partir des résultats publiés, essentiellement ceux de l'Enquête Mondiale Fécondité (EMF) et des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS); il porte sur douze pays couvrant les quatre régions Ouest, Centrale, Est et Australe de l'Afrique au Sud du Sahara. Mettant en lumière la diversité des situations (« un continent à plusieurs visages »), pour un contexte d'ensemble marqué par un recours à la contraception, faible mais en progression, l'auteur analyse ensuite quelques déterminants de la pratique contraceptive (parité atteinte, niveau d'instruction, religion et milieu de résidence).

En complément de cette approche globale, trois articles proposent des études centrées sur un pays, mais recourant à des approches différentes. Madeleine Wayack et Amadou Noumbissi ont recours à une analyse factorielle des correspondances multiples à partir des données de l'EDS Cameroun de 1991, pour tenter d'expliquer pourquoi les femmes camerounaises ont peu ou pas recours à la contraception moderne, si c'est par rejet ou par inaccessibilité. Leur analyse prend en compte plusieurs groupes de variables : la modernisation ; la connaissance de la contraception moderne et sa pratique ; enfin, les normes et valeurs en matière de fécondité. Leurs résultats tendent à montrer que diffuser et rendre accessible la contraception ne suffit pas à la faire pratiquer, et renvoient plus en amont, à la question des représentations, des décisions en matière de fécondité.

Pierre Ngom, dans son article consacré au Sénégal, souligne le décalage entre la connaissance et la pratique de la contraception, sous un angle spécifique : il s'interroge sur les canaux de diffusion des informations sur la planification familiale et la santé de la reproduction en général et plus spécifiquement sur le rôle des réseaux informels (famille, entourage, contacts de la vie quotidienne...). La majorité des femmes ont reçu cette information via ces réseaux. S'ils constituent un système d'aide efficace à la décision, ils présentent l'inconvénient de générer des résistances à l'adoption de certains comportements préventifs à travers notamment les fausses rumeurs qu'ils colportent. Il est donc important de définir des campagnes d'IEC (Information-Éducation-Communication) mieux conçues pour une meilleure compréhension et interprétations des messages.

Recourant à une approche pluridisciplinaire, réalisée au niveau micro-local, Yves Charbit et Sarah Hillcoat-Nallétamby analysent les causes de l'échec de la planification familiale dans les « Cités » de l'Île Maurice, dans un contexte national pourtant marqué par une baisse sensible de la fécondité. Après avoir présenté la méthodologie d'enquête utilisée, puis souligné le caractère défavorisé de ces Cités sur le plan socio-économique et démographique, les auteurs examinent tout à tour les facteurs suivants : la religion (catholique et hindouiste) ; « le rapport au corps », en terme de méconnaissance et de peur des effets secondaires de la contraception moderne ; les représentations de la femme par les hommes et les rôles qui lui sont impartis ; enfin, l'inadaptation de l'offre en matière de contraception (en termes de conditions d'accès, d'attitude du personnel médical, etc.).

La question du recours à l'avortement comme facteur de réduction de la fécondité en complément ou remplacement de la planification familiale, est soulignée dans deux pays où la transition démographique est largement amorcée, la Guadeloupe et la Colombie.

Dans leur article consacré à la Guadeloupe, pays en fin de transition de la fécondité, Jean-Pierre Guengant et Jacques Bangou soulignent le rôle de l'avortement dans la baisse de la fécondité : l'avortement a été légalisé en 1975, et les avortement légaux comme illégaux représentaient toujours une part importante par rapport au nombre des naissances. L'utilisation du RU 486, méthode nouvellement introduite dans le pays devrait permettre de diminuer les avortement illégaux. Une enquête menée en 1992-1993, auprès de femmes sous RU 486 montre l'efficacité de cette méthode. Les femmes l'utilisent en remplacement de la contraception, pour limiter ou espacer les naissances.

Dans leur article consacré à la Colombie, pays où la fécondité a connu également un déclin important depuis les années soixante, Lucero Zamudio et Norma Rubiano étudient l'impact de l'avortement sur cette baisse de la fécondité. En effet, bien qu'illégale, cette pratique est très répandue puisque près d'un tiers des femmes ont interrompu au moins une de leur grossesse par un avortement. Les auteurs en concluent que ce recours à l'interruption volontaire de grossesse contribue à une diminution significative de la descendance des femmes. La plupart des avortements interviennent, soit dans les cas de grossesses non désirées, soit parce que les femmes n'utilisent pas la contraception, ou encore parce que les méthodes sont mal utilisées

ou inefficaces. Les auteurs concluent à une absence de démarche de prévention ou de planification de la part de ces femmes.

La pratique de la contraception pose aussi des problèmes méthodologiques de mesure, qui se situe notamment à deux niveaux : la mesure de la « demande » de contraception et celle de l'efficacité des programmes de planification familiale. Trois articles abordent ici ces aspects.

Après avoir discuté les méthodes existantes, Richard Tiémoko propose une méthode de mesure de la demande de planification familiale potentielle ou non satisfaite, qui part de la taille de la famille souhaitée par les femmes comparée à la parité réalisée par leurs mères, en relation avec l'existence ou non d'une pratique contraceptive. L'auteur teste ensuite sa méthode à partir des données d'une enquête menée dans une commune semi-rurale de Côte d'Ivoire (Biankouma).

Renaud Bailleux s'interroge quant à lui sur les méthodes de mesure de l'efficacité des programmes de planification familiale dans les pays en développement. Pour ce faire, l'article compare et discute les méthodes et les résultats de sept types de mesure relatifs aux analyses de décomposition, de tendance, de régression, et au schéma expérimental, visant selon les auteurs à prouver l'efficacité ou l'inefficacité des programmes de planification familiale mis en œuvre à Taïwan, où une baisse de la fécondité s'est produite et où les programmes menés furent considérés comme une réussite. Exercice qui amène en conclusion l'auteur à s'interroger sur la dimension éthique de nombre de programmes de planification familiale, tels qu'appliqués dans les pays du Sud.

Enfin, Koffi N'guessan, à propos d'une étude menée en Côte d'Ivoire, évalue l'impact d'un programme de planification familiale un an après sa mise en place dans une zone pilote d'intervention. Cette implantation intervient dans un contexte où le gouvernement a fait des déclarations favorables à la planification familiale. Les résultats de ce programmes semblent modestes et l'auteur conclut que la seule mise en place des programmes dans les centres de santé est insuffisante. Il faut prendre en compte les contextes sociaux, économiques et culturels dans lequel ces programmes interviennent afin d'en limiter les facteurs de blocages.

Ces articles fournissent une lecture à la fois synthétique et diversifiée de l'état des processus de transition de la fécondité et des ques-

tions relatives à la planification familiale dans plusieurs régions et pays du Sud au tournant de la décennie 1990. Pour les pays, essentiellement africains, où l'on a observé au cours des dernières années l'enclenchement d'une baisse de la fécondité, les analyses présentées ici constituent ainsi autant de points de référence précieux pour le suivi des processus de transition démographique.

Agnès Guillaume
Démographe

Marc Pilon
Démographe

Bibliographie

- BANGHA M. W., 1995 —
« Determinants of family planning practice in developing countries with particular attention to Africa : a review of evidence from the WFS and the DHS surveys », in Séminaire *Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique*. Abidjan, Ensea-Orstom, 16-19 mai 1995, 16 p.
- BOSERUP E., 1986 —
« Economic and Demographic Interrelations in Sub-Saharan Africa ». *Population and Development Review*, 11, 3, 383-397.
- COUSSY J., VALLIN J.
(sous la direction de), 1996 —
Crise et population en Afrique, Les Études du Ceped, n° 13, Paris, 574 p.
- FOOTE K.A., HILL K.H.,
MARTIN L.G., 1996 —
Changements démographiques en Afrique subsaharienne, Travaux et Documents n°135, Ined-PUF, Paris, 371p.
- GENDREAU F.
(sous la direction de), 1999 —
Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud, Aupelf-Uref, Actualités scientifiques, éd. Eestem, Paris, 415p.
- HIMES N. E., 1963 —
Medical History of Contraception. Gamut Press.
- LOCOH T., 1991 —
Le contexte socio-économique de la pratique de la contraception en Afrique sub-saharienne. Paris, Ceped, multigr., 61 p.
- National Research Council, 1993 —
Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. Washington DC, National Academy Press, 252 p.
- OMS, 1992 —
Reproductive Health: a key to a brighter future. Biennial report 1990-91. Special 20th anniversary issue. Genève, 171p.
- SADIK N., 1980 —
« Use of Family Planning Services », in *WFS World Conference Proceedings*, London, 2 : 559-595.
- VIMARD P., 1997 —
Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise. Paris, ETS, Orstom, Documents de recherche n° 3, 1997, 31 p.

Transitions
de la fécondité
dans les pays du Sud

thème 1

Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique latine

María E. Cosío-Zavala

Dans cette étude sur les changements de fécondité en Amérique latine, nous insisterons sur l'originalité des transitions démographiques latino-américaines, ainsi que sur les différentiels socio-économiques et culturels qui expliquent l'hétérogénéité des niveaux de la fécondité, son évolution à travers le sous-continent et sa distance face aux modèles européens. L'exemple de l'Amérique latine, avec ses singularités, mais aussi avec la confirmation des conditions de la baisse de la mortalité, puis de la fécondité, nous rappelle l'importance des déterminants historiques et culturels, qui replace les présupposés théoriques de la transition démographique dans une perspective temporelle et spatiale. En Amérique latine, on a observé deux modèles différents de transition de la fécondité, que nous présenterons ci-dessous.

Nous allons tout d'abord analyser l'antériorité de la baisse de la mortalité, puis le « mariage-boom » latino-américain, pour voir ensuite les changements de la fécondité, entre les différents pays, entre les différents groupes sociaux, et montrer finalement les modalités de ce que l'on peut qualifier de « malthusianisme de la pauvreté ».

L'antériorité de la baisse de la mortalité

Le principal détonateur de la transition démographique a été, dans tous les cas, la baisse de la mortalité. L'équilibre traditionnel s'est rompu lorsque celle-ci, jusque-là très élevée, a commencé à diminuer au tournant du XX^e siècle, lors des premières campagnes de santé publique et d'assainissement. Les politiques d'équipement médical furent rendues possibles par un contexte de croissance économique, de développement social et de paix civile, qui contrastait avec la période troublée de guerres et de récession économique de l'ensemble du XIX^e siècle et des premières années du XX^e siècle.

Dans un premier temps, les infrastructures furent concentrées dans les grandes villes, qui se virent dotées de tous les équipements les plus modernes de l'époque pour l'hygiène (réseaux de grands collecteurs d'égoûts) et la santé (construction d'hôpitaux). Dans les pays peuplés d'immigrants, majoritairement venus d'Europe, on tenait à égaler, voire à dépasser en équipement médical, les plus grandes métropoles européennes. À partir de 1930, gouverner en Amérique latine, c'était à la fois peupler, éduquer et soigner, l'éducation et l'hygiène publique jouant un rôle essentiel dans les différents projets politiques des nouvelles nations latino-américaines, bien que les grandes masses paysannes aient été laissées souvent en marge de ce processus.

Conséquence immédiate de ces mesures, les espérances de vie ont doublé entre 1930 et 1960, date à laquelle la plupart des pays atteignaient les 60 ans de vie moyenne. Or, témoins des inégalités dans les rythmes de développement, les pays les plus pauvres ont atteint ce seuil avec retard. Il a fallu attendre 1975 pour que l'Équateur y parvienne, 1985 pour le Pérou et la plupart des pays d'Amérique centrale (Guatemala, Honduras, Nicaragua), il faudra sans doute attendre l'an 2000 pour la Bolivie et Haïti (Celade, 1989).

En règle générale, la baisse rapide de la mortalité en Amérique latine a provoqué une hausse temporaire de la fécondité, par un allongement de la durée de survie des couples et une plus grande fertilité. C'est ainsi que vers 1965, les indices conjoncturels de fécondité des pays latino-américains se situaient généralement entre 6 et 7,5 enfants

par femme, sauf au Chili (5 enfants par femme), à Cuba (4,7 enfants par femme), et à l'extrême Sud du continent : 3 enfants par femme en Argentine et en Uruguay (Celade, 1983).

Le rôle de la nuptialité

Un accroissement de la nuptialité a accompagné à son tour la hausse de la fécondité latino-américaine avant 1965. En effet, on a observé un « mariage-boom » pendant la décennie des années 1950 et 1960, qui a stimulé les naissances précoces et les descendance très nombreuses. Ces tendances à la hausse de la nuptialité se confirment dans tous les pays d'Amérique latine : dans l'ensemble, entre 1950 et 1960, la proportion de femmes en union est passée de 58 % à 63 %, tandis que la proportion de célibataires à 50 ans a chuté de 19 % à 9 %. La nuptialité légale a donc considérablement augmenté, tandis que se réduisaient le célibat définitif, les unions consensuelles et les ruptures d'union consécutives aux veuvages, le divorce restant encore relativement limité¹.

Traditionnellement, les effets positifs sur les descendance de la réduction de la mortalité ont souvent été contrôlés par une limitation des mariages. C'est ainsi qu'en Europe du Nord, tandis que les vies moyennes augmentaient entre 1750 et 1870, les mariages devenaient de plus en plus tardifs et le célibat définitif augmentait sensiblement dans les générations. D'autres mécanismes étaient également utilisés, comme l'émigration de jeunes vers l'Amérique qui alimenta les flux vers l'Argentine, Cuba, l'Uruguay, le Brésil et le Chili à la fin du XIX^e siècle et dans le premier tiers du XX^e siècle.

Par contre, en Amérique latine, le contrôle de la nuptialité ne fut pas utilisé, en règle générale, comme un moyen de limiter la croissance démographique. En premier lieu, il y a une question d'époque : ce qui était accepté comme une solution inévitable dans l'Europe de l'Ancien Régime était socialement difficile à proposer après 1930.

¹ Voir Camisa (1971), Rosero-Bixby (1990).

En effet, les changements culturels de notre siècle, notamment les modifications de la condition féminine et des relations entre les générations, se sont produits aussi en Amérique latine, rendant impossible un modèle de mariage tardif dans un contexte culturel qui ne l'avait par ailleurs jamais connu, contrairement aux pays européens où le mariage tardif existait de longue date.

En second lieu, la forte croissance économique de l'Amérique latine pendant cette période a également joué en faveur du « mariage-boom » des années 1950 et 1960 : ce sont les années des différents « miracles » économiques (brésilien, colombien, mexicain, vénézuélien), de l'expansion de l'emploi industriel et urbain et donc des possibilités de fonder un foyer dans de meilleures conditions, les jeunes trouvant plus tôt et plus facilement des moyens de subsistance dans le secteur moderne de l'économie. Les conditions du « mariage-boom » latino-américain sont d'ailleurs les mêmes que celles du « mariage-boom » des pays d'Europe et d'Amérique du Nord à la même époque (Hajnal, 1953) : urbanisation rapide, croissance économique accélérée, abondance d'emplois dans les secteurs secondaires et tertiaires, mobilité sociale, exode rural, moindre contrôle social des jeunes par les générations antérieures.

Les changements de fécondité

Des niveaux élevés de nuptialité et de fécondité ont prévalu en Amérique latine jusque vers 1965, la très grande majorité des populations latino-américaines ne limitant pas leurs naissances au sein du mariage. Ce que l'on connaît de la fécondité maritale montre des niveaux similaires à ceux de l'Ancien Régime en Europe : par exemple, pour les unions à 20-24 ans, les descendance étaient de 7,1 enfants chez les françaises mariées en 1670-1679 et de 7,3 enfants chez les mexicaines rurales nées en 1920-1934 ; ces descendance atteignaient, pour les unions avant 20 ans, 8,3 et 8,8 enfants par femme respectivement pour les françaises et les mexicaines de ces mêmes générations (Cosio-Zavala, 1994a). Mais comme la nuptialité était plus précoce et que les unions duraient plus longtemps, grâce à la baisse du veuvage, les niveaux de fécondité générale déjà signalés, entre 6 et 7,5 enfants par

femme au niveau national, dépassaient largement ceux de l'Europe ancienne, qui n'excédaient pas 4 ou 5 enfants par femme.

Une hausse de fécondité, entre 1940 et 1965, a suivi dans un premier temps la baisse de la mortalité. Les variables intermédiaires qui l'expliquent sont liées aux progrès sanitaires qui ont réduit la morbidité et la mortalité maternelles et qui ont permis une diminution des stérilités pathologiques et un meilleur déroulement des grossesses et des accouchements. De plus, les unions duraient plus longtemps suite à un allongement de la durée de survie de chacun des conjoints. Conjointement, on a observé une diminution de la fréquence et de la durée de l'allaitement maternel, notamment dans les populations les plus urbanisées.

Bien qu'une fécondité naturelle ait généralement prévalu en Amérique latine avant 1965, on trouvait déjà des fécondités contrôlées en Argentine, en Uruguay, au Chili et à Cuba dès le début de ce siècle. Dans ces populations, les flux d'immigrants européens, qui ont quitté l'Europe au début de la transition démographique, ont conservé des comportements proches de ceux de leurs pays d'origine. Par exemple, en Argentine, la taille moyenne des familles de 7 enfants en 1869-1914 a été divisée par deux à partir de 1930. La ville de Buenos Aires a toujours connu une moindre fécondité : 4 enfants par couple entre 1895 et 1914, 2,8 enfants en 1936, 2,4 enfants en 1947 (Pantelides, 1990). De fait, les immigrés européens de l'Amérique latine ont accompli leur révolution démographique en même temps que leurs concitoyens restés en Europe.

Dans le reste de l'Amérique latine, il a fallu attendre le milieu des années soixante pour que la fécondité commence à se réduire, lors de la dénommée « seconde révolution contraceptive » (Leridon, 1987), qui désigne la diffusion des méthodes médicales de contraception (avant tout la pilule contraceptive, le stérilet et la stérilisation). On observe les premiers effets de ces méthodes au Chili, au Costa Rica et dans la plupart des îles caraïbes avant 1970. L'indice conjoncturel de fécondité a ainsi diminué en dix ans – de 1960 à 1970 – d'un enfant par femme au Chili (passant de 5 à 3,9), et de 2 enfants par femme au Costa Rica (passant de 7 à 4,9). C'est surtout la fécondité des femmes encore en union après l'âge de 30 ans qui s'est réduite. En Amérique latine, l'utilisation de moyens modernes de contraception a été multipliée par quatre entre 1965 et 1983.

Entre 1960 et 1985, les indices conjoncturels de fécondité ont diminué de 10 % à 61 %, avec une moindre ampleur en Uruguay et en Bolivie (avec 3 % et 5 % respectivement), mais augmenté en Argentine, à la suite d'une réglementation pro-nataliste qui limitait l'accès aux moyens contraceptifs (tableau 1). En règle générale, on voit s'associer positivement la rapidité de la baisse de la fécondité et la diffusion des méthodes contraceptives. De plus, dès 1980, la stérilisation féminine s'est diffusée rapidement et dans certains pays, comme le Brésil, l'Équateur, Panama, Puerto Rico, le Salvador et la République Dominicaine, c'est plus du quart des femmes en union qui sont stérilisées. Cette proportion atteignait 39,7 en 1982 à Porto Rico (Nations unies, 1988).

Cependant, la fécondité est restée élevée dans les pays où la croissance économique et le développement social marquaient le pas : en 1985, on observait encore plus de 6 enfants par femme en Bolivie, au Guatemala, au Honduras, 5,9 enfants par femme au Nicaragua, 5,5 enfants par femme en Haïti (tableau 1). Ce sont des pays où dominait aussi une forte mortalité et où les bas niveaux de vie, de développement, de scolarisation et de santé, expliquent le retard pris dans la baisse de la fécondité.

À l'intérieur des pays, on observe également des différences marquées de fécondité entre pauvres et riches, entre villes et campagnes. Vers 1965, la transition de la fécondité avait commencé dans les grandes villes et chez les femmes les plus scolarisées, dans les groupes sociaux les plus favorisés. Les déterminants de cette évolution sont ceux qui sont signalés par la théorie de la transition démographique, que l'on peut résumer en une attitude plus moderne des femmes face à la reproduction. Ces changements ont été associés à un retard de nuptialité, puisque la baisse de la fécondité s'est produite en premier lieu dans les groupes de femmes en union pour la première fois après l'âge de 20 ans, femmes ayant fréquenté les écoles secondaires et parfois supérieures, appartenant aux groupes socio-professionnels des cadres et des professions libérales.

Les changements de fécondité au Mexique donnent une illustration de ces phénomènes : la descendance des femmes des générations 1942-1946 était de 7 enfants pour celles qui s'étaient unies la première fois à 15-19 ans, de 5 enfants pour les unions conclues à 20-24 ans ; dans le premier groupe d'âges à l'union, 80 % donnaient naissance

Pays	âge moyen au premier mariage		% de célibataires à 50 ans		Indice conjoncturel de fécondité		% de baisse
	1960	1980	1960	1980	1960	1985	1960-85
Bolivie	22,5	22,1	–	7,7	6,6	6,3	5,0
Colombie	21,3	22,6	11	11,9	6,7	3,6	46,4
Equateur	20,7	21,1	4	10,7	7,0	5,0	28,6
Pérou	21,7	22,7	12	8,5	6,9	5,2	24,1
Vénézuela	20,2*	21,2	8	14,7	6,7	4,1	38,8
Brésil	23,0*	22,6	–	8,1	6,3	4,0	35,0
Paraguay	21,7*	21,8	7	16,4	6,6	4,9	26,0
Chili	23,5	23,6	4	12,4	5,0	2,6	47,8
Argentine	23,1	22,9	13	10,1	3,1	3,4	– 10,0
Uruguay	22,8	22,4	13	10,8	2,9	2,8	3,4
Costa Rica	21,3	22,2	4	13,6	7,0	3,5	49,6
Cuba	19,4*	19,9	–	4,4	4,7	1,8	61,5
Panama	20,4*	21,3	16	7,7	5,9	3,5	40,9
Salvador	18,9	19,4*	16	23,1*	6,9	5,6	18,2
Guatemala	18,8	20,5	5	6,2	6,9	6,1	10,9
Honduras	17,9	20,0*	17	5,3*	7,4	6,5	11,6
Nicaragua	–	20,2*	3	13,6*	7,3	5,9	19,5
Haïti	22,4	23,8	–	8,4	6,2	5,5	10,6
Mexique	20,3	20,6	8	7,1	6,8	4,7	30,4
République Dominicaine	19,2	19,7*	14	18,5*	7,3	4,1	44,0

Sources : Nations Unies (1985), Nations unies (1990), Camisa (1971), CELADE (1983).

Chiffres marqués d'un * : années 1970.

Tableau 1. Amérique latine.
Évolution des indicateurs démographiques depuis 1960.

au moins à cinq enfants contre 48 % dans le deuxième groupe (Cosío-Zavala, 1994a : 79). On observait dès 1972-1976 d'importantes différences entre milieux urbain et rural : un indice conjoncturel de fécondité de 7,6 enfants par femme en zone rurale contre 5,7 enfants par femme en zone urbaine, 4,8 dans les aires métropolitaines (Alam, Casterline, 1984 : 16). Les femmes n'ayant pas fréquenté l'école

avaient 8,1 enfants alors que l'indice était de 3,3 enfants pour celles ayant suivi sept années de scolarité. Entre ces deux valeurs, l'indice conjoncturel de fécondité était de 5,8 enfants par femme pour celles n'ayant pas entrepris d'études secondaires (de 4 à 6 années d'études) et il s'élevait à 7,5 enfants par femme pour celles ayant suivi de 1 à 3 années d'école (Alam, Casterline, 1984 : 20).

En définissant des groupes sociaux suivant des critères socio-professionnels, on observait également des différences significatives en 1971-1977 : 8,0 enfants par femme chez les agriculteurs et 6,9 dans la population non agricole ; parmi cette dernière, on trouvait également des variations importantes : 5,4 enfants par femme pour les techniciens et cadres, 7,6 enfants par femme chez les ouvriers, 8,3 enfants par femme pour les vendeurs ambulants et manœuvres (Mier y Terán et Rabell, 1984).

Dans les campagnes latino-américaines, la fécondité est restée élevée jusqu'en 1975, même en augmentation entre 1965 et 1975 du fait de la baisse de la mortalité rurale. Aux environs de 1980, la fécondité rurale était d'autant plus élevée que les pays étaient moins avancés socialement et économiquement : 2,7 enfants par femme à Cuba, 3,6 enfants au Chili, 5,1 en Colombie, 5,4 au Panama, 5,5 en Équateur, 5,9 au Salvador et en République dominicaine, 6,3 au Pérou, 6,6 au Paraguay, 7,1 au Guatemala, 8,2 au Honduras (Chackiel et Schkolnik, 1990). L'écart de fécondité entre villes et campagnes était dans tous les cas considérable : de 1 enfant par femme à Cuba entre les extrêmes à 4,4 enfants par femme au Honduras. Ces différences se retrouvent selon les niveaux de scolarisation et selon les groupes professionnels. Ce sont toujours les paysans qui ont la fécondité la plus élevée : 3,9 enfants par femme au Chili, 8,6 au Honduras ; ce sont les techniciens, patrons, cadres, fonctionnaires qui ont la fécondité la plus basse : 1,9 enfants par femme au Chili, 3,8 au Honduras (Chackiel et Schkolnik, 1990).

Ces chiffres confirment les tendances que nous avons observées au Mexique : une transition de la fécondité plus précoce et plus avancée dans les milieux sociaux les plus scolarisés et favorisés socio-économiquement, peu ou en tout cas moins de changements dans les groupes sociaux en marge du développement socio-économique. Cependant, la fécondité a quand même baissé dans ces groupes également, suivant d'autres modalités.

Deux modèles de transition démographique

En étudiant les changements de fécondité en Amérique latine, on arrive à la conclusion que la fécondité a diminué suivant deux modèles de transition démographique. C'est probablement le cas de tous les pays du Tiers monde actuellement, très différents des pays d'Europe de la fin du XIX^e siècle du point de vue de leur situation économique, sociale, culturelle et démographique et de l'état des connaissances en matière de lutte contre la mort et de limitation des naissances.

Le premier modèle de transition démographique en Amérique latine a commencé lorsque s'est produite une certaine modernisation des économies et des sociétés au début du XX^e siècle, et qu'ont été installées les infrastructures nécessaires pour déclencher une baisse de la mortalité. Suivant la baisse de la mortalité dès 1930, la transition reproductive a commencé chez les groupes sociaux principalement bénéficiaires de la croissance économique et du développement social rapides. Cette transition a été accompagnée de profondes modifications dans les structures familiales, l'urbanisation, la scolarisation, le marché du travail, la condition féminine. La limitation des naissances s'est diffusée largement après 1965, avec les méthodes modernes de contraception (surtout la pilule) et aussi le recours à l'avortement qui devint fréquent en ville, malgré son interdiction et les dangers qu'il faisait courir aux femmes, au point de devenir un des principaux problèmes de santé publique au cours des années soixante.

Ce modèle de transition démographique, qui repose sur des changements d'attitude vis-à-vis de la reproduction, est donc semblable à celui des pays qui se sont développés et modernisés en premier (Europe, Amérique du Nord). Il y a cependant de grandes différences entre l'Amérique latine et l'Europe, comme le décalage de plus de 100 ans entre les dates de début de chacune des deux transitions démographiques, la rapidité de la transition latino-américaine par rapport à l'europpéenne et le rôle minime de la nuptialité dans le contrôle de la reproduction, qui permet à Cuba, par exemple, d'avoir à la fois une nuptialité extrêmement précoce et une fécondité très faible. Le

« mariage-boom » latino-américain des années 1950 et le développement des moyens modernes de contraception expliquent cette différence dans le rôle de la nuptialité.

Autre différence essentielle, le rôle joué par la médecine moderne, car l'efficacité et le coût relativement modique des grands programmes de santé publique ont permis de réduire rapidement à la fois la mortalité et la fécondité. Dans les pays d'Amérique latine, la baisse de la fécondité est largement associée à des programmes nationaux de planification familiale, qui ont largement diffusé la connaissance et la pratique des moyens contraceptifs les plus modernes.

Le second modèle de transition démographique a concerné plutôt les couches les plus pauvres des sociétés latino-américaines et s'est produit dans un contexte tout à fait différent de détérioration des conditions de vie. La mortalité est restée alors relativement élevée, les infrastructures sanitaires et médicales n'étant pas également réparties, et les zones rurales, par exemple, étant généralement sous-équipées. La pauvreté, la faible scolarisation et la malnutrition accompagnent les carences en structures sanitaires, médicales et éducatives.

Cependant, la fécondité a commencé à diminuer dans la plupart des cas, même dans les campagnes, chez les groupes sociaux les moins scolarisés et les groupes professionnels les plus défavorisés. Par exemple, en Colombie, les femmes rurales ont vu baisser leur indice conjoncturel de fécondité de 5,1 à 4,8 enfants par femme entre 1981-1983 et 1984-1986; la réduction est de 5,9 à 4,8 enfants par femme en République dominicaine entre 1980-1982 et 1983-1985. Aux mêmes dates, la fécondité des femmes sans scolarité est passée de 5,6 à 5,1 enfants par femme en Colombie et de 6,5 à 5,3 enfants par femme en République dominicaine (Chackiel et Schkolnik, 1990).

Une étude sur le Brésil a signalé que la crise économique, qui a touché de plein fouet les couches les plus pauvres, a eu pour effet de faire diminuer le nombre d'enfants dans les familles les plus défavorisées. La baisse du niveau de vie, le chômage, la malnutrition, les carences de tout genre, ont conduit à l'émergence de ce qu'on peut qualifier de « malthusianisme de la pauvreté »². La naissance de nombreux

² Phénomène également signalé pour l'Afrique par Boserup (1985).

enfants est perçue actuellement par ces familles comme mettant en danger leur survie immédiate (De Carvalho et Wong, 1990 ; Gautier et Quesnel, 1993).

Or, en Amérique latine, il existe une offre très abondante de moyens contraceptifs, de la part des gouvernements ou d'organismes privés qui les rendent largement accessibles à l'ensemble de la population, y compris aux secteurs les plus pauvres et les plus marginalisés. De plus, les programmes de planification familiale bénéficient d'un large consensus social, y compris, dans la plupart des cas, du soutien muet de l'Église catholique, seule force d'opposition organisée à ces programmes, mais qui, sur le terrain, intervient peu généralement (Cosío-Zavala, 1994b).

Dans ce contexte, la plupart des familles ont facilement accès à la contraception. Cependant, si les politiques médicales sont nécessaires pour assurer la diffusion des méthodes contraceptives, elle ne sont en aucun cas suffisantes pour faire baisser la fécondité. Souvent, les moyens contraceptifs ne sont utilisés qu'en fin de vie féconde, après une première partie de la vie reproductive qui reste traditionnelle, sans changements dans la nuptialité précoce, avec des naissances rapprochées et une absence de limitation des premières naissances. Ce n'est qu'après avoir atteint une descendance relativement nombreuse, de 5 à 8 enfants, que les familles les plus pauvres ont recours aux moyens contraceptifs, notamment à la stérilisation définitive de la femme, qui apparaît fréquemment comme une première et unique méthode au cours de la vie féconde.

Des données mexicaines peuvent illustrer une fois de plus ce phénomène, montrant une influence limitée de la vigoureuse campagne nationale de planification familiale sur la fécondité rurale : en 1986, l'indice conjoncturel de fécondité était de 6 enfants par femme dans les campagnes alors qu'il était de 3 enfants par femme dans les grandes métropoles. Sans un changement d'attitude indispensable face à la reproduction, surtout chez les jeunes femmes, les politiques uniquement médicales ont peu de chances de faire diminuer le niveau de la fécondité. Au Salvador, beaucoup de stérilisations (52 % des utilisatrices de méthodes) n'équivaut pas à une faible fécondité (elle restait de 5,6 enfants par femme en 1985). Ceci explique pourquoi la fécondité rurale latino-américaine reste encore relativement élevée, aux environs de 5 enfants par femme, même si elle a commencé à dimi-

nuer sensiblement (on enregistrait entre 8 et 10 enfants par femme rurale dans les années 1970).

Ces modalités de transition démographique expliquent à la fois la baisse de la mortalité et de la fécondité dans un contexte de pauvreté, de faible scolarisation et de comportements familiaux et individuels restés traditionnels, c'est-à-dire dans des conditions très différentes de celles qui sont à la base de la théorie de la transition démographique. Mais un facteur essentiel demeure nécessaire : l'existence des infrastructures médicales, qui ne peut être assurée que dans un contexte minimal de paix civile, d'organisation administrative et d'un certain développement social indispensable. C'est ainsi que les pays les plus pauvres, comme le Honduras, n'ont pu réaliser que la première partie de la transition démographique, celle des villes et des secteurs sociaux favorisés, et que les habitants des campagnes, tout à fait majoritaires au Honduras, n'ont pas encore vu baisser leur fécondité³.

³ Entre 1969-70 et 1979-80, la fécondité rurale est passée au Honduras de 8 à 8,2 enfants par femme ; celle des femmes sans scolarisation de 7,2 à 7,3 ; celles des salariés agricoles de 8,1 à 8,6 enfants par femme, des autres agriculteurs de 8,2 à 8,4 enfants par femme. Données du Celade (Chackiel et Schkolnik, 1990).

Bibliographie

- ALAM I., CASTERLINE J.B., 1984 —
« Socio-economic differentials in recent fertility », *WFS Comparative Studies*, n° 33, Voorburg, International Statistical Institute.
- BOSERUP E., 1985 —
« Economic and Demographic Interrelationships in sub-saharian Africa ». In: *Population and Development Review*, 11 (3): 383-398.
- CAMISA Z., 1971 —
La nupcialidad femenina en América Latina durante el período intercensal 1950-1960. San José de Costa Rica, Celade, 44 p.
- CELADE, 1983 —
Boletín Demográfico.
- CELADE, 1989 —
« America Latina, Tablas de mortalidad ». *Boletín Demográfico*, XXII (44), 350 p.
- CHACKIEL J., SCHKOLNIK S., 1990 —
« America Latina : transición de la fecundidad en el período 1950-1990 ». In: *Séminaire Transition de la fécondité en Amérique latine*, Buenos Aires, UIESP, Celade, Cenep, 3-6 avril 1990, 23 p.
- COSÍO-ZAVALA M.E., 1994a —
Changements de fécondité au Mexique et politiques de population. Paris, IHEAL-L'Harmattan, 256 p.
- COSÍO-ZAVALA M.E., 1994b —
« Singularités et modalités de la transition démographique en Amérique latine ». In: *Religions et démographies, vers la Conférence du Caire*, Paris, Centre d'études du Saulchoir, Cerf: 59-80.
- DE CARVALHO J., RODRIGUEZ WONG L., 1990 —
« La transición de la fecundidad en el Brasil; causas y consecuencias ». In: *Séminaire sur la transition de la fécondité en Amérique latine*, Buenos Aires, UIESP, Celade, Cenep, 3-6 avril 1990, 37 p.
- GAUTIER A., QUESNEL A., 1993 —
Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatán (Mexique). Paris, Orstom, 114 p.
- HAJNAL J., 1953 —
« The marriage-boom ». In: *Population Index*, 19 (1).
- LERIDON H., 1987 —
La seconde révolution contraceptive. Paris, PUF/Ined, 378 p.
- MIER Y TERAN M., RABELL C., 1984 —
« Fecundidad y grupos sociales en México (1971-1977) ». In: *Los factores del cambio demográfico en México*. México, Isunam: 221-241.
- Nations unies, 1988 —
« Levels and Trends of Contraceptive Use as assessed in 1988 ». In: *Population Studies*, n° 110, 129 p.
- Nations unies, 1990 —
Patterns of first marriage: timing and prevalence. New York, 327 p.
- PANTELIDES A., 1990 —
« Un siglo y cuarto de la fecundidad en Argentina, 1869 al presente ». In: *Séminaire transition de la fécondité en Amérique latine*, Buenos Aires, UIESP, Celade, Cenep, 3-6 avril 1990, 20 p.
- ROSETO-BIXBY L., 1990 —
« Nuptiality and fertility transition in Latin America ». In: *Séminaire sur la transition de la fécondité en Amérique latine*, Buenos Aires, UIESP, Celade, Cenep, 3-6 avril 1990, 22 p.

Brésil, une transition atypique ?

Ou la non nécessité
d'une politique de population

Philippe Hamelin

À Bucarest, le Brésil était dans le camp de l'Algérie et du Cameroun. C'est seulement après la conférence de Mexico, en 1986, que le Gouvernement brésilien a reconnu la nécessité de la planification familiale. Les hôpitaux publics ont été alors autorisés à distribuer des contraceptifs et à pratiquer la ligature des trompes qu'ils pratiquaient avant à grande échelle mais, dans la plus grande illégalité. L'église catholique, les militaires, la Gauche et la Droite nationaliste sont restées natalistes.

Et pourtant, le Brésil a connu en trente ans une baisse de la fécondité très importante : 6,28 enfants par femme en 1960, 5,76 en 1970, 4,35 en 1980, puis 2,7 en 1991. Cette baisse est liée à un fort taux d'utilisation de méthodes contraceptives (65 % des femmes mariées en 1984); elle s'est enclenchée en 1965, dès que ces méthodes sont devenues disponibles. D'autres pays, tels que le Mexique et l'Indonésie, qui ont mis en place des politiques de population très importantes et jugées efficaces (Quesnel, 1993), atteignent des taux équivalents pour l'utilisation des méthodes contraceptives mais gardent des taux de fécondité légèrement plus élevés.

La transition démographique au Brésil serait-elle atypique ? Ou doit-on relativiser l'impact des politiques de population ? Il ne faut pas confondre politique de population et programme de planification familiale (PPF). Le second n'est qu'un des instruments de mise en œuvre de la première. En démocratie, la définition et la mise en œuvre d'une politique doivent répondre à une volonté ou à une demande

collective exprimées. Si nous nous en tenons à cette définition, d'un strict point de vue démographique, l'offre contraceptive dans le cadre d'un PPF ne serait légitime que, si et seulement si, il était prouvé l'existence d'une demande insatisfaite. Un PPF, qui susciterait la demande et y répondrait, est-il pour autant illégitime ? Non, si il n'a pas pour unique justification une analyse démographique. Une politique de population ne répond pas qu'à des souhaits en terme de reproduction ; c'est un arbitrage entre d'une part, les aspirations économiques et sociales d'un peuple et, d'autre part, les ressources et les intérêts à court et à long terme d'une nation. La démographie n'est pas l'ordonnatrice des politiques de population. Elle ne peut que constater et prévoir les conséquences des phénomènes liés à la reproduction humaine. Il n'y a pas une crise des paradigmes démographiques (Quesnel 1993) si nous admettons que la démographie n'a pas à expliquer le monde. Il ne faut pas rendre le porteur de nouvelles responsable de celles-ci. Si notre planète a connu une croissance de sa population humaine comme elle n'en a jamais connu et n'en connaîtra sans doute jamais plus (Vallin 1988), si les transitions sont très brutales dans le monde en développement, si le vieillissement devient un problème majeur, si la population mondiale est devenue majoritairement urbaine, ce n'est ni la faute aux démographes ni à la démographie. Les indicateurs démographiques ne révèlent que les profondes mutations qui sont en cours dans nos sociétés. Au-delà des paradigmes et des schémas d'analyse, ce sont les référents cosmologiques de notre univers social qui sont en crise. Il y a un effort collectif à entreprendre pour qu'à nouveau nos représentations soient en phase avec les transformations sociales. Il est donc premièrement nécessaire de prendre conscience des mutations que nous vivons ; pour cela, les paradigmes démographiques actuels restent des outils opératoires puissants qui permettent de constater la brutalité des changements. À condition, comme le dit H. Lebras (1992) : « que l'on ne fasse pas de la croissance démographique un bouc-émissaire à tous les problèmes ». Sans parler de Cousteau qui veut réduire la population de la planète à 800 millions, nous pouvons citer H. Atlan (1992) : « Je vois à l'échelle de quelques siècles une catastrophe liée à l'explosion démographique si la tendance actuelle ne se modifie pas. Pour moi tous les autres problèmes sont la conséquence du phénomène démographique », ou encore J. C. Pecker (1992) : « Plus nombreux sont les hommes, plus graves sont les pollutions. Si Bucarest avait fait de la maîtrise de la

croissance démographique une condition au développement du tiers-monde, la crise écologique en a fait la responsable de tous les maux ». Cette obsession de la maîtrise de la croissance démographique fait que les politiques de population ne se réduisent qu'à une offre massive de contraceptifs à travers des PPF. Il ne faudrait pas oublier que les variations de l'intensité de la reproduction humaine n'affectent pas seulement la masse de la population mais aussi sa structure, donc indirectement l'ensemble de son organisation sociale et que ce sont les variations brutales aussi bien à la hausse qu'à la baisse qui sont très déstabilisatrices pour l'édifice social. L'arrêt brutal d'une croissance rapide peut être aussi néfaste que de ne rien faire pour maîtriser de cette croissance.

L'exemple du Brésil, en s'appuyant sur les statistiques nationales et sur les résultats d'une étude menée dans une petite région amazonnienne¹, nous permet de montrer que, si une politique de population n'est pas toujours indispensable pour déclencher la deuxième phase de la transition, un suivi de l'évolution des indicateurs démographiques semble nécessaire pour permettre d'ajuster les politiques socio-économiques aux conséquences (vieillesse et urbanisation) d'une transition rapide.

Le constat d'une transition rapide

Au Brésil, la baisse de la fécondité est apparue en 1965 dans les classes riches des grandes capitales (Rio de Janeiro et Sao-Paulo), puis s'est diffusée à la fois géographiquement, socialement et démographiquement dans l'ensemble de la société brésilienne :

- *géographiquement*, des régions riches vers les régions pauvres. En 1980, les régions Sud et Sudeste du Brésil, avec 3,5 enfants par femme, devançaient largement le Nord et le Nordeste qui

¹ Il s'agit d'enquêtes réalisées à Uruara, *município* de la route Transamazonienne entre Altamira et Santarem à environ 1000 km de Belem. Une enquête réalisée en 1987 portait sur l'histoire génésique et le parcours migratoire de 110 femmes; lors d'une nouvelle opération en 1994, les questions sur la contraception ont été directement intégrées dans le questionnaire chef de ménage.

étaient encore à plus de 6 enfants par femme. Entre 1980 et 1984, la chute très importante de la fécondité a résulté en partie d'une baisse deux fois plus rapide au Nord-Nordeste qu'au Sud-Sudeste (baisse d'un enfant par femme contre 0,5). La diffusion s'est faite aussi des villes vers les campagnes : en 1980, les niveaux de fécondité étaient respectivement de 3,6 et 6,4 ; en 1984, l'écart s'est réduit avec 3,03 en ville et 5,3 en milieu rural.

- *socialement*, des riches vers les pauvres. En 1984, l'indice de fécondité varie de 5,85 enfants par femme, pour celles dont le revenu mensuel de la famille est égal ou inférieur au salaire minimum (environ 400 francs français) à 1,98 enfants par femme pour celles dont le revenu est égal ou supérieur à cinq fois le salaire minimum.
- *démographiquement*, des femmes en fin de cycle reproductif vers les femmes entrant dans leur vie féconde. Les courbes de la figure 1 montrent bien que la baisse de la fécondité a été relativement plus forte pour les femmes de plus de 30 ans dans la période 70-80 ; les femmes entre 15 et 19 ans voyant même augmenter leur indice de fécondité. Il en résulte une baisse de l'âge moyen des mères à la naissance des enfants (29,9 ans en 1970 contre 28,2 ans en 1984). Ce qui se traduit par un déplacement du pic de fécondité des femmes de 25-29 ans vers celles de 20-24 ans.

La fécondité a commencé à baisser quand la pilule a été disponible en 1965. Elle a été supplantée comme principal moyen contraceptif par la stérilisation au moment où la baisse de fécondité s'est accentuée au début des années 1980. En effet, la stérilisation était pratiquée dès les années 1960 (6 % des 5 900 000 femmes stérilisées en 1986 l'ont été avant 1970), mais elle a pris de l'ampleur à partir de 1980, avec en moyenne 540 000 femmes stérilisées par an entre 1980 et 1986 contre moins de 120 000 entre 1970 et 1974 et 250 000 entre 1975 et 1979. Les femmes de 25 à 34 ans représentent 61 % des 5,9 millions de femmes stérilisées en 1986 ; 35 % des femmes de cette classe d'âge sont stérilisées dont 44 % parmi celles qui ont eu au moins un enfant (IBGE, 1988). Il faut aussi remarquer que pilule et stérilisation sont les deux méthodes contraceptives quasi exclusives. Une si faible utilisation d'autres méthodes résulte certainement de l'indigence de l'offre qui n'a jamais été soutenue par l'État brésilien.

En Amazonie, à Uruara, nous retrouvons avec un décalage dans le temps le même phénomène. Lors de l'enquête de 1987, seulement

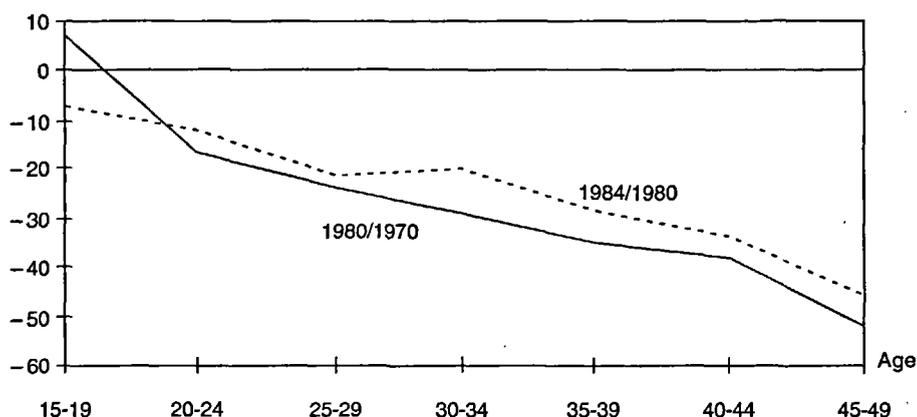


Figure 1
Baisse relative de la fécondité selon les groupes d'âges.

55% des femmes de plus de 30 ans en union utilisaient une méthode contraceptive contre plus de 70% en 1994. L'usage des méthodes a complètement basculé puisque, pour ce groupe de femmes en 1987, la pilule était avec 64% la méthode dominante alors qu'en 1994 elle ne représente plus que 18%, et que la stérilisation est le recours de 75% des femmes en union âgées de plus de 30 ans qui utilisent une méthode contraceptive. D'un point de vue général, l'usage de la contraception en 1994 par 64% des femmes en union est équivalent à la moyenne brésilienne de 1986. À Uruara, pourtant, la généralisation de la contraception a des limites car, là où s'arrêtent la route et l'école, la contraception est absente. La crise, qui pousse les familles à s'enfoncer dans les profondeurs de la forêt pour survivre, n'est manifestement pas « la meilleure pilule ».

Des comportements reproductifs en transformation

Retour à la pilule

Il apparaît clairement que les femmes ont utilisé la contraception pour limiter leur descendance finale. Ce sont celles qui étaient en fin de

cycle reproductif qui ont été les plus grandes utilisatrices au départ ; il s'agissait d'une contraception d'arrêt². Aujourd'hui, on constate chez les jeunes femmes, et parmi les couches les plus favorisées, un usage de la pilule pour espacer les naissances et même retarder la venue du premier enfant, dans la phase d'installation du couple. On constate ce phénomène à Uruara chez de jeunes couples d'agriculteurs³ qui s'installent sur des terres éloignées et qui ne souhaitent avoir des enfants que quand leurs conditions de vie seront moins précaires. On peut penser que ce passage d'une contraception d'arrêt à une planification de la descendance va se généraliser, mais nous en ignorons le rythme. L'usage de la pilule reste trop coûteux pour une importante fraction de la population et son suivi médical trop défaillant. Ce changement est porteur d'incertitude, puisque nous ignorons quand et à quel niveau ces jeunes femmes constitueront leur descendance.

Vasectomie et condom

Le préservatif, hier introuvable dans les pharmacies d'Uruara, a fait son apparition. Il est utilisé, en dehors des unions stables, par la jeunesse aisée pour se protéger du sida. Il limite un certain nombre de conceptions prémaritales et l'on peut supposer que son usage lors du vagabondage sexuel avant l'entrée en union a facilité l'usage de la pilule par les jeunes couples pour choisir leur calendrier reproductif.

La vasectomie, dont nous avons découvert les premiers cas lors de l'enquête en 1994, ne traduit pas une tentative de reprise de contrôle des femmes par les hommes. Mais, il est évident, lors de trois entretiens sur quatre⁴ menés à Uruara, que les hommes souhaitent à travers

² Ce qui explique en partie que la stérilisation soit devenue la méthode contraceptive dominante.

³ Interview de Marilza : « Nous sommes mariées depuis un an mais nous voulons pas d'enfant maintenant la maison n'est pas encore assez bonne et sans transport il est trop difficile d'aller à l'hôpital (ils habitent à 27 km de la transamazonienne et à 42 km de la ville). Quand mon mari aura une moto ou une auto nous pourrions avoir une petite maison en ville et alors j'aurais 2 enfants et peut être 3 si les conditions sont bonnes ».

⁴ Le quatrième, père séparé de 3 enfants dont il n'a pas la garde, revendique une paternité responsable. Il souhaite même lors d'une autre union ne plus avoir d'enfant pour toujours penser aux siens.

la vasectomie participer au contrôle de leur reproduction pour marquer leur existence sociale dans le couple. À la question, « pourquoi la vasectomie ? », ils répondent qu'ils ont suffisamment d'enfants, que ce n'est pas possible dans les conditions actuelles d'en avoir plus, qu'ils ont eut peur pour la santé de leur femme qui prenaient la pilule. Et si l'on insiste, on apprend que leur femme ne voulait pas se faire stériliser ; qu'il est normal que dans un couple chacun participe et que si la femme a assuré durant 12 ans la contraception, l'homme doit prendre le relais ensuite. La pratique de la stérilisation masculine montre l'ampleur de la transformation sociale, surtout la représentation de la place des enfants dans la société qui, en moins de 30 ans, ne sont plus perçus comme une richesse mais comme un coût, même par les hommes qui en ont pourtant peu la charge. Au Brésil, le modèle diffusionniste a non seulement été au-delà de la géographie, de l'économie et du social, il a aussi rompu la barrière des sexes.

■ Pourquoi une transition aussi rapide ?

Nous venons de voir comment la baisse de la fécondité est devenue massive en gagnant, de proche en proche, toutes les classes sociales et toutes les régions du Brésil. On pourrait en déduire qu'il n'y a pas de rupture dans la société et la nation brésilienne ; que malgré les énormes inégalités sociales, le Brésil est un pays socialement relativement homogène. Mais cela n'explique pas la rapidité de la transition. L'examen des différents facteurs montre d'abord que très peu d'arguments de la théorie classique s'appliquent au Brésil :

- il n'y a pas de politique de population et, ce n'est qu'en 1986 que le Gouvernement a levé l'interdiction faite aux services de santé publique de distribuer des méthodes contraceptives et de pratiquer des stérilisations ;
- des indicateurs sociaux font que le Brésil se retrouve au 82^e rang mondial, alors qu'il est la 9^e puissance économique mondiale ;
- une mortalité infantile certes en baisse (88 ‰ en 1980 et 49 ‰ en 1990), mais qui reste toujours à un niveau élevé (on peut même

se demander si la remontée de ce taux observé au début des années quatre-vingt n'a pas été maîtrisée grâce à la baisse de la fécondité très importante observée à la même période);

- un niveau de scolarisation relativement bas (88 % des enfants scolarisés dans le primaire, contre 98 % au Mexique et en Indonésie) et un système éducatif très peu performant. En 1994, l'Unicef a classé le Brésil à la dernière place mondiale derrière la Somalie et l'Éthiopie en matière d'éducation, relativement au niveau de développement économique ;
- une baisse de la fécondité entamée durant le miracle économique des années soixante-dix, qui s'est accentuée durant la récession des années quatre-vingt. Cette crise n'a fait qu'accroître la précarité des services publics de santé et d'éducation. Si on entend aujourd'hui « la meilleure pilule c'est la crise », au Brésil, nous pourrions dire « la crise c'est la stérilisation » ;
- des indicateurs démographiques à contre sens : d'une part, une baisse de l'âge moyen des mères à la naissance, d'autre part, une augmentation de la fécondité chez les 15-19 ans jusqu'au début des années quatre-vingt.

Si le modèle classique de la transition est incapable de rendre compte de cette situation, c'est que la condition « toutes choses égales par ailleurs » n'est pas remplie. En effet, cette évolution va bien au delà de la démographie : c'est une mutation de la société brésilienne toute entière où tous les facteurs, politiques, économiques, sociaux et démographiques sont liés. Les points exposés ci-dessous illustrent cette diversité des facteurs :

- la place occupée par les femmes dans la société a beaucoup changé en 25 ans. Elles sont 39 % à avoir une activité en 1994 contre 20 % en 1970. En 1994, elles sont davantage scolarisées que les hommes, représentant 57 % des effectifs dans l'enseignement secondaire et 54 % à l'université. En 1967, pour 81 % des femmes, l'idéal était d'être mère au foyer, en 1994, elles répondent non à 79 % à cette même question (Veja, 1994). Lors de la même enquête, à la question « La femme peut-elle travailler même si elle n'en a pas besoin ? » [économiquement], elles répondaient non à 68 % en 1967 alors qu'elles répondent oui à 86 % en 1994 ;

- il existait une demande contraceptive insatisfaite, puisque que si 25 % des femmes reconnaissent avoir pratiqué un avortement en 1967 elles ne sont plus que 12 % en 1994 ;
- le Brésil n'est plus un pays de frontière agricole, la conquête d'une terre n'est plus le gage de l'autonomie et de la liberté (si cela ne l'a jamais été). Le salariat dans le secteur moderne de l'économie est une autre voie pour échapper à l'enfermement paternaliste. Chez les colons d'Uruara, le bien le plus précieux que l'on peut fournir à ses enfants c'est de bonnes études et non plus de la terre. Les colons qui ont abandonné leurs terres en forêt au Rondonia pour s'employer sur les exploitations céréalières des savanes traduisent ce changement par la formule « plutôt le salariat que la malaria »⁵ ;
- l'urbanisation constitue certainement un autre facteur d'importance, puisque la population brésilienne est aujourd'hui à 80 % urbaine, alors qu'en 1960 elle était majoritairement rurale.

Prévisions

Faire des prévisions s'avère délicat car, malgré une baisse importante de la fécondité, les modes de reproduction connaissent encore des transformations substantielles. Toutefois, nous pouvons donner la tendance du mouvement à court terme et émettre des hypothèses pour le plus long terme. La tendance actuelle devrait s'accroître dans un premier temps pour plusieurs raisons :

- il y a eu une baisse du nombre absolu des naissances dès le milieu des années quatre-vingt ; la génération 85-89 est moins nombreuse que la précédente pour la première fois depuis qu'existent les recensements au Brésil ;
- de nombreuses jeunes femmes sont stérilisées à un niveau de parité faible, ce qui leur interdit tout rattrapage dans le temps ;

⁵ Communication orale de Leborgne Anne. Les salariés des exploitations de soja du cerrado, anciens agriculteurs ou fils d'agriculteurs justifient ainsi leur renoncement à devenir des agriculteurs indépendants à cause des conditions de vie trop précaire.

- le seuil de reproduction sera atteint certainement dès l'an 2000, comme le prévoyait l'Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1988) et non en 2025 (d'après les prévisions des Nations unies);
- un mouvement de baisse de la natalité qui va s'accroître puisque, dans les régions et les classes sociales qui ont été touchées en premier par la baisse de la fécondité, nous observons un nouveau changement dans le calendrier de constitution de la descendance : après une baisse de l'âge moyen à la première naissance, qui a accompagné la baisse de la fécondité, on observe une hausse de cet âge moyen. Ce phénomène produira son plein effet au moment où les premières générations de femmes moins nombreuses (nées à partir de 1984) arriveront en début de cycle de reproduction. Nous devons donc nous attendre à une baisse spectaculaire de la natalité vers 2005. Un indice synthétique de fécondité (ISF) très bas vers les années 2005 ne serait pas forcément alarmant puisqu'il résulterait, à ce moment là, de la généralisation de la contraception de planification et de l'entrée dans le cycle reproductif de manière conjoncturelle de la première génération de femmes la moins nombreuse.

À partir de 2005, les incertitudes sont nombreuses. Si la tendance est à la baisse de la fécondité, nous ignorons à quel niveau celle-ci se stabilisera et quand. Nous pourrions nous réfugier derrière « l'hypothèse gratuite » de la division de la population des Nations unies (Bourgeois-Pichat, 1988) d'une stabilisation dès que le seuil de reproduction sera atteint. Mais cette hypothèse a été si peu vérifiée dans les pays développés qui ont connu une transition lente, que l'on ne voit pas pourquoi elle devrait être retenue pour les pays en développement qui connaissent une transition rapide. Nous pouvons aussi nous interroger sur les conséquences d'un vieillissement rapide de la population et sur les capacités reproductrices de la société. Il ne faut pas non plus exclure un baby boom si la stabilisation politique du Brésil entraîne un développement économique rapide.

La deuxième phase de la transition démographique (la baisse de la fécondité) s'est effectuée au Brésil rapidement et en l'absence d'une politique de population. Il semble nécessaire aujourd'hui qu'existe un suivi de l'évolution, principalement quand la réduction de la fécondité est aussi massive et qu'en terme de PPF il subsiste une demande

contraceptive insatisfaisante. L'offre de méthodes contraceptives reste trop restreinte et conduit les femmes à choisir par défaut la stérilisation, les contraceptifs oraux restant trop coûteux et le suivi médical très insuffisant.

Pour conclure

Si l'hypothèse d'une stabilisation de la fécondité au seuil de reproduction paraissait une hypothèse raisonnable quand la baisse de la fécondité se produisait sur une longue période, il semble impossible de la retenir pour des pays qui connaissent une transition rapide⁶. Une baisse très en dessous du niveau de reproduction pourrait avoir des conséquences peut-être plus graves que celles d'une croissance soutenue de la population. Un vieillissement très rapide de la population pourrait interdire tout sursaut démographique et entraîner des nations comme le Brésil dans la spirale de la décroissance démographique. Les mouvements brusques sont très déstabilisants, qu'ils soient à la hausse ou à la baisse. Pourtant, ils sont d'essences différentes car, si la croissance a une autorégulation malthusienne (ajustement de la population aux ressources), la décroissance signifie la disparition de l'espèce. Bourgeois Pichat a bien montré que, avec un ISF qui se stabiliserait à 1,3, en moins de 400 ans, le dernier homme disparaîtrait de la planète. Si l'on se réfère aux modèles du monde animal, le lemming⁷ illustre bien celui de la croissance et le dinosaure⁸ celui de la décroissance. À l'échelle de notre histoire, c'est

⁶ Faute d'exemples dans le tiers-monde, nous pouvons prendre ceux de l'Italie et de l'Espagne qui, suite à une baisse assez rapide de leur fécondité, ont connu une décroissance de leur population en 1994.

⁷ Le lemming est un rongeur du Groenland qui pullule quand les ressources abondent et qui se suicide en masse pour assurer la survie de l'espèce. On parlait beaucoup de ce modèle dans les années 1970, quand le Club de Rome avait lancé son cri d'alarme.

⁸ Nous ne faisons pas l'hypothèse que les dinosaures ont disparu à cause d'une fécondité trop basse, sans savoir d'ailleurs si les paléontologues ont testé cette hypothèse. Mais, les dinosaures peuvent être considérés comme symbole de la disparition d'une espèce dominante ; c'est par ailleurs le modèle animal qui a surgi lors de la renaissance des préoccupations écologiques en 1988.

cette peur de l'extinction de l'espèce qui a dominé et, d'une certaine façon, domine toujours : en effet, de manière détournée, certains écologistes nous disent que notre croissance trop forte pourrait rendre notre planète invivable.

Nous avons contesté l'existence d'une crise des paradigmes démographiques mais, ces mouvements brutaux de population remettent peut-être en cause un des fondements de la théorie démographique : le concept de « population stable ». Il existe un état stable de la population qui est perturbé par des événements extérieurs (guerres, épidémie, abondance des ressources, etc.), mais la population tend toujours à revenir vers cet état. Autrement dit, la dynamique de la population connaît un phénomène de résilience autour de l'état stable qui semblait historiquement valide. Mais, depuis le début de ce siècle, l'homme a acquis des moyens puissants d'intervention au niveau de sa propre reproduction. Le contrôle de la mortalité a permis une croissance sans précédent dans l'histoire et, par contre coup, la maîtrise de la fécondité va entraîner un vieillissement de la population. Nous ne sommes plus face à un phénomène de résilience mais, plutôt face à un phénomène de résonance qui remet lui-même en cause le concept de population stable. Il semble ainsi indispensable de compléter la théorie de la transition démographique en y ajoutant une troisième phase, après la baisse de la mortalité et de la fécondité, celle du retour à un état stable de la population. Car, si l'état stable ne semble pas être une loi naturelle, c'est une loi qui conditionne la survie de l'espèce humaine.

Bibliographie

- ATLAN H., 1992 —
Interview. Libération du 12 déc. 1992.
- BOURGEOIS-PICHAT, 1988 —
« Du XX^e au XXI^e siècle : l'Europe et sa population après l'an 2000 ». *Population*, 43 (1) : 9-43.
- SIMÕES C., DE OLIVEIRA L.A., 1988 —
Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil; a situação da fecundidade; determinantes serais e características da transição recente. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 63 p.
- IBGE, 1991 —
Anticoncepção 1986. Rio de Janeiro.
- IBGE, 1992a —
Anuário estatístico do Brasil, Rio de Janeiro.
- IBGE, 1992b —
Censo demográfico de 1991. Análises preliminares, Rio de Janeiro.
- LEBRAS H., 1992 —
« Avis à la surpopulation », in : *Demain la terre, Le Nouvel Observateur*, coll. Dossiers : 66-67.
- PECKER J.-C., 1992 —
« Pourquoi j'ai signé l'appel [d'Heidelberg] ? », *Libération*, 12 juin 1992.
- QUESNEL A., 1993 —
Médiations institutionnelles et régulation de la fécondité : quelques réflexions à partir du cas mexicain, miméo.
- VALLIN J., 1988 —
La population mondiale. Paris, La Découverte, coll. Repères, 127 p.
- VEJA, 1994 —
Especial Mulher a grande mudança no Brasil, *Editora Abril*, edição especial août/septembre 1994.

Fécondités mexicaines : le choix des lieux¹

Daniel Delaunay

Rares sont les démographes qui s'interrogent sur une dimension spatiale propre aux phénomènes qu'ils étudient – en dehors des migrations – et concèdent un sens à l'espace démographique. Cela en accord avec l'opinion générale qui veut que la géographie de la fécondité, par exemple, soit similaire à celle des facteurs qui l'explique, l'espace intervenant comme échelle de mesure, sans autre influence déterminante. Après avoir examiné la géographie mexicaine de la fécondité pour la comparer aux disparités territoriales du développement social, nous identifierons diverses régions qui s'écartent du modèle attendu de son déclin. Ces exceptions nous conduiront à interpréter les migrations, ces stratégies spatiales des populations face aux « discriminations » du territoire, comme une composante oubliée, et pourtant décisive, du déclin de la fécondité mexicaine.

¹ La présente étude, l'usage des informations utilisées et la construction des outils employés résultent d'un accord de coopération scientifique entre le Colegio de la Frontera Norte à Tijuana (Colef) et l'Institut de recherche pour le développement (IRD), en partie financé par le Conacyt.

Les analyses présentées sont le produit d'un outil : le Sigef ou *Sistema de Información Geográfica y Estadística de la Frontera Norte* construit dans le cadre du projet commun ci-dessus présenté, dont les responsables sont D. Delaunay pour l'IRD et J. Santibañez pour le Colef. Savane, le logiciel utilisé pour le projet, a été développé par Marc Souris et Michel Lepage qui a également programmé Rapido logiciel de cartographie sur compatible PC.

La fécondité des populations mexicaines : un panorama

Pour donner une vision d'ensemble des diversités régionales de la fécondité, nous présentons deux planches de cartes dont la division territoriale en régions de programmation² donne une bonne perception des principales tendances nationales. La première planche illustre trois mesures de la parité atteinte par l'ensemble des femmes à trois âges-clés de leur vie reproductive, la seconde reprend les mêmes mesures pour les mères. Les différences sont réelles d'une génération à l'autre, mais d'abord insistons sur les traits communs aux trois cartes.

Les configurations élémentaires

Le tiers septentrional du territoire mexicain apparaît être sous influence frontalière, selon une diffusion régulière glissant jusqu'à la seconde ligne des villes du nord : Monterrey, Chihuahua, Hermosillo. L'identité de cette grande région *norteña* est spontanément associée au contact séculaire avec le sud des États-Unis, au bénéfice d'une prospérité industrielle de sous-traitance, à de réelles avancées de l'éducation... Cependant, la perception *visuelle* de cette homogénéité doit beaucoup au recul de la fécondité dans les immenses interstices semi-arides du Nord mexicain, pratiquement désertés. Or les villes septentrionales, où se concentre la population, connaissent des parités faibles mais similaires à celles des citadins de l'intérieur, voire légèrement en retard dans leur transition si on les compare aux grandes capitales régionales³. De sorte que le Nord apparaît unique, surtout du fait d'un

² Furent reprises et ajustées les régions de programmation de la SPP (Secretaría de Programación y Presupuesto) qui sont des regroupements de communes (*municipios*) opérés sur des critères de conformité géographique. Leur homogénéité est meilleure que celle des états et, qualité précieuse pour la cartographie, leurs dimensions similaires. Dans certaines régions septentrionales peu peuplées, telle la Baja California, la division municipale a été conservée.

³ Une des raisons à ce léger retard serait-elle à rechercher dans l'immigration importante qu'elles attirent ? Les statistiques censitaires sont insuffisantes pour le vérifier et il n'est pas sûr que la sélection des migrants soit à ce point défavorable aux moyennes urbaines. Dans Tijuana par exemple, il n'y a pas de relation nette entre la proportion d'immigrants par quartier et les mesures de la parité.

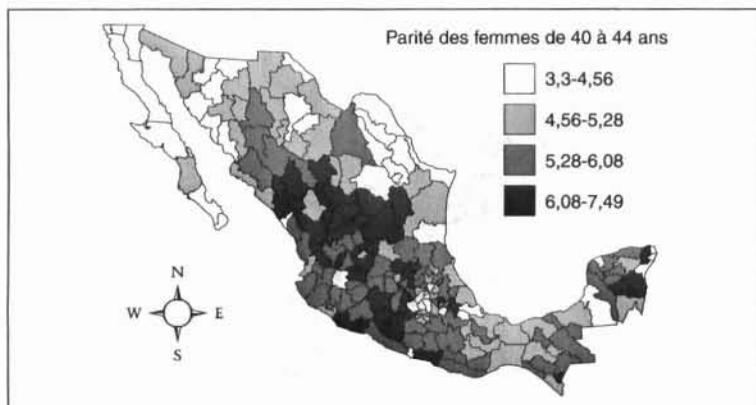
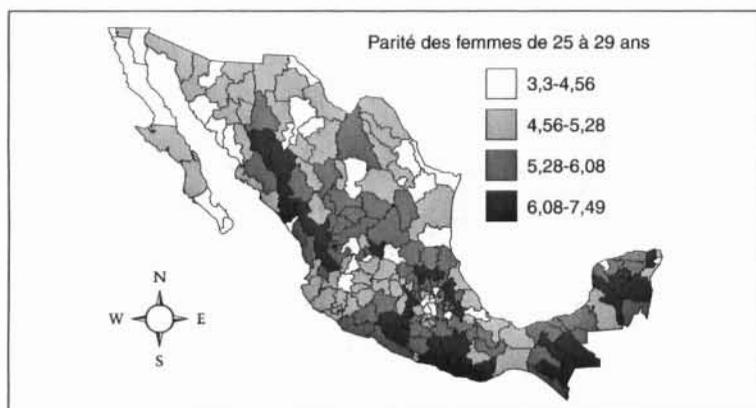
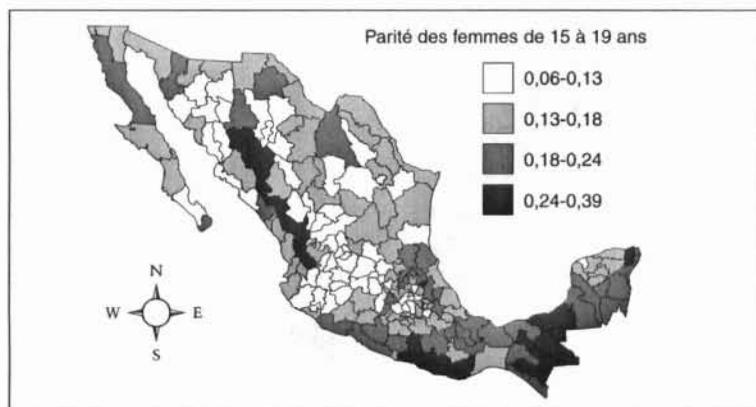


Planche 1
Les parités des femmes à différents âges de la vie féconde.

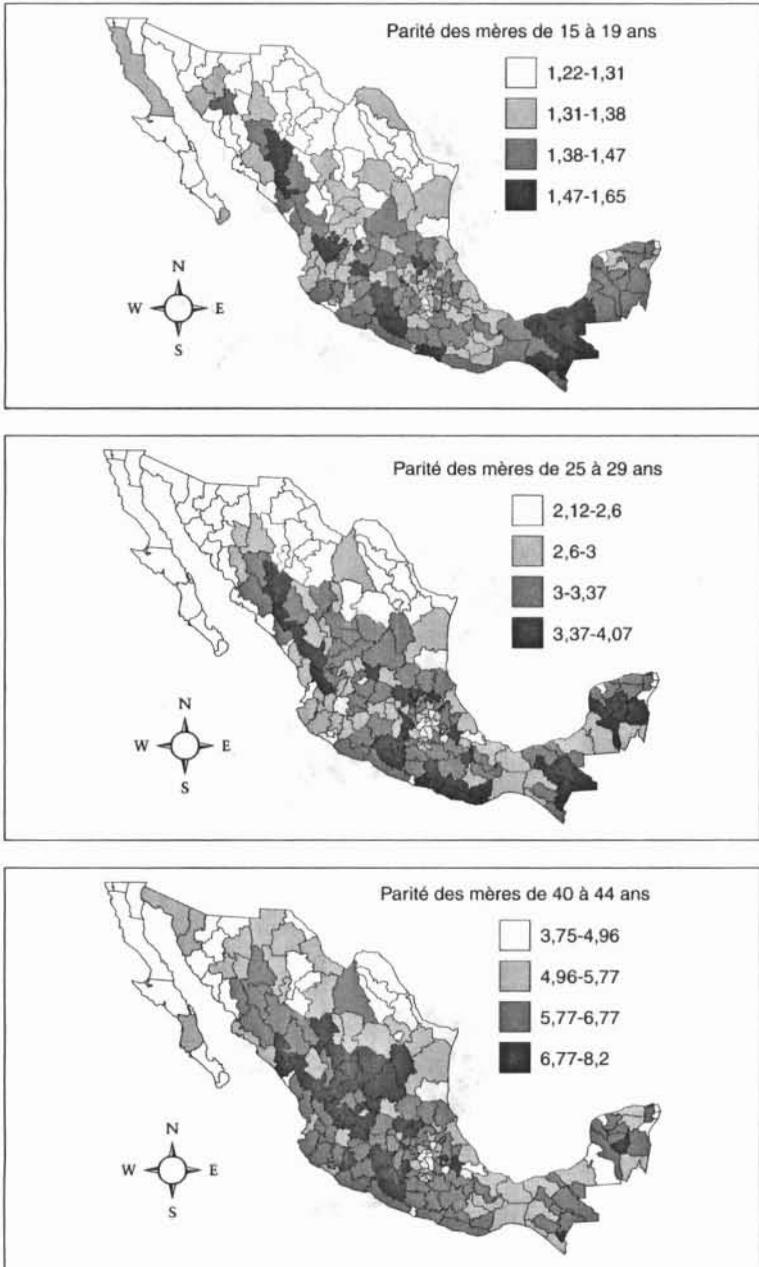


Planche 2
Les parités des mères à différents âges de la vie féconde.

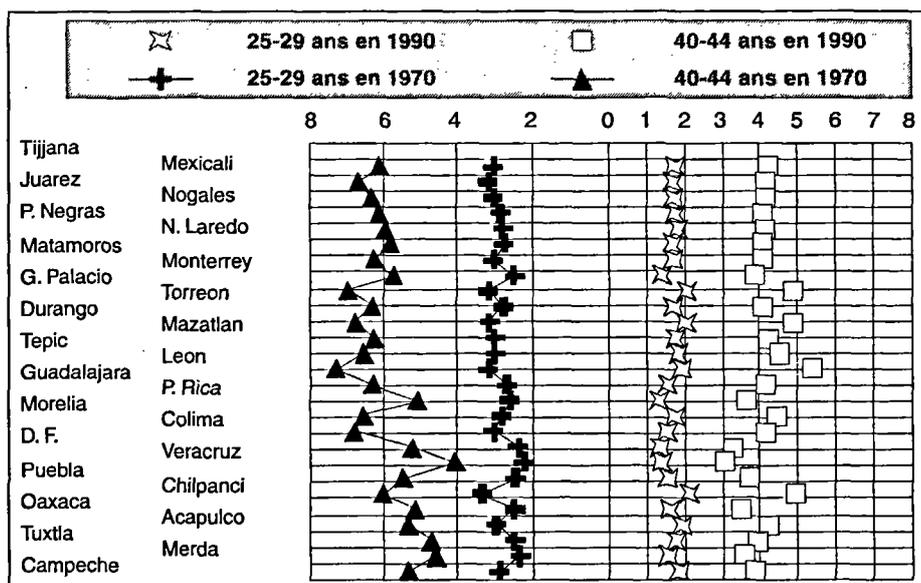


Figure 1
Parités moyennes en quelques villes
de la République mexicaine.

écart modéré entre les citadins et les populations dispersées qui les entourent. Une caractéristique plus intéressante des cités frontalières est de tendre vers des niveaux de fécondité similaires (figure 1) : d'une situation différenciée dans les années soixante-dix, elles présentaient en 1990 des niveaux très proches (Delaunay et Brugeilles, 1993) ; la transition démographique y devient synchronique.

La seconde morphologie prend la forme d'une *polarité urbaine*, nulle part démentie dès que la ville possède une dimension régionale. La fécondité en ville, toujours moindre que dans ses environs, reste néanmoins dépendante du contexte régional. S'il est défavorable, son niveau s'en ressent ; et moins étendue sera l'extension périphérique des attitudes malthusiennes. La diffusion à partir de la capitale se prolonge vers la constellation des villes secondaires qui l'entourent : Puebla, Guernavaca, Toluca... La zone métropolitaine de Monterrey est renforcée par le déclin frontalier. Cette influence concentrique désavantage les zones les plus excentrées par rapport aux nœuds urbains.

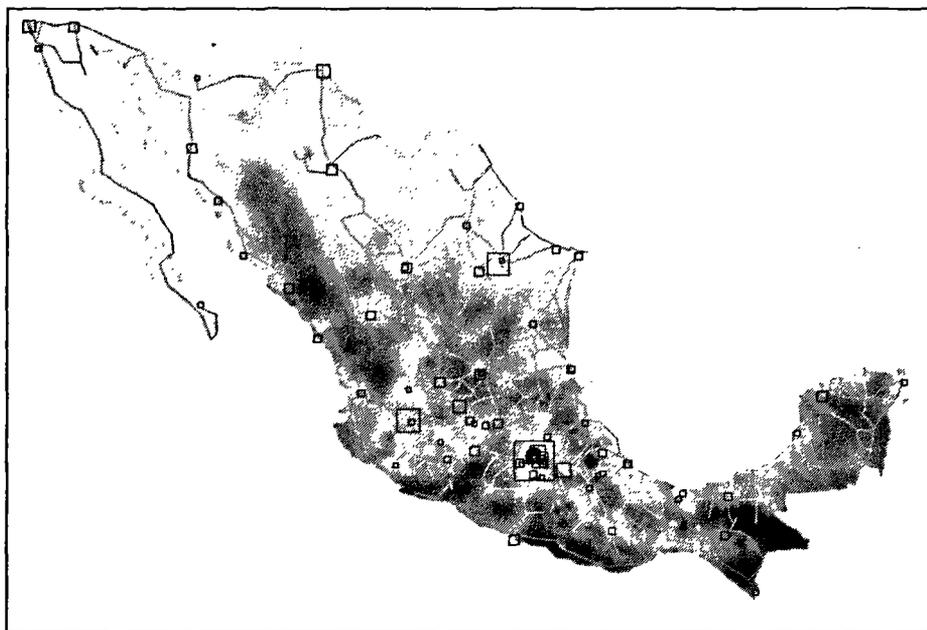


Planche 3.
Parités municipales à 25-29 ans (valeurs lissées)
et réseaux routier et urbain (villes de plus de 100 000 habitants).

Changeons d'échelle pour examiner la division municipale (planche 3)⁴ de la parité des jeunes femmes ; la polarité prend une autre dimension que l'on pourrait qualifier de *réticulaire*. Sur cette carte, qui comprend le tracé des principales routes et les villes de plus de cent mille personnes, on remarque que les niveaux relativement modérés de la parité s'étendent bien au-delà des capitales régionales, selon une mosaïque fine à la diversité croissante, pour épouser le réseau des principaux axes de communication. Ainsi, la frange septentrionale d'une fécondité modérée glisse vers le sud le long des côtes ; de même la dépression autour de la capitale prend le couloir routier jusqu'au Pacifique (Acapulco) et surtout vers l'Ouest ; le pourtour de

⁴ Telle qu'elle est présentée, l'information municipale (soit plus de 2400 valeurs pour autant de divisions administratives) a été cartographiée selon une interpolation qui efface les limites administratives pour rendre compte des principales tendances spatiales.

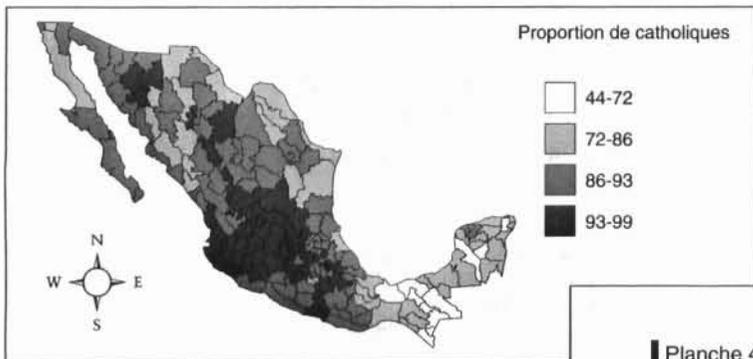
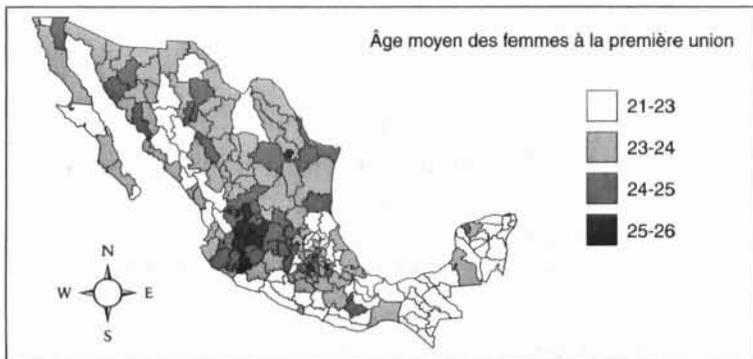
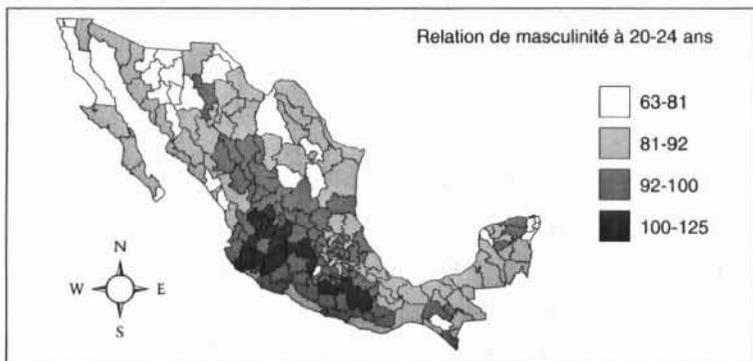
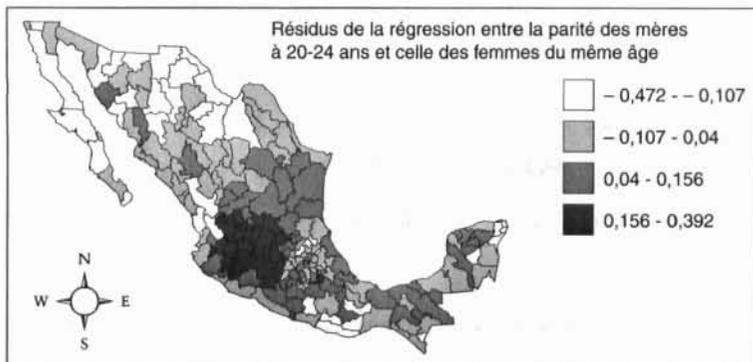
la péninsule du Yucatán se dessine plus nettement ; le littoral du Veracruz inclut Jalapa et Orizaba... Mais ce sont les espaces de fécondité élevée, dégagés en sombre, qui s'identifient le plus facilement. En termes géographiques, ils appartiennent aux régions enclavées du Mexique : la Sierra Madre Occidentale, Sierra Madre del Sur, les contreforts orientaux de l'Altiplano central, le Chiapas et l'intérieur du Yucatán. Les routes carrossables les traversent sur leur plus courte distance, généralement avec un accès vers les plaines, mais ne les parcourent pas.

Chez les mères de 15-19 ans, on voit très clairement s'ébaucher cette géographie de l'enclavement : pratiquement toutes les terres hautes à l'exception des plaines sous influence urbaine et le centre du Yucatán. La précocité des maternités signale les sociétés domestiques traditionnelles et dans bien des cas est la marque d'une ascendance indigène. La prolificité des mères de 25-29 ans, la génération de l'après-transition, se distingue plus encore par ses faibles niveaux urbains ou dans les terres basses. L'état et la ville de Mexico sont entourés de populations plus fécondes, habitants des terres montagneuses pour la plupart, en particulier vers Oaxaca pour ne citer qu'une région au poids démographique considérable. À la fin de la vie reproductive, pour les mères qui la commencèrent peu avant la révolution contraceptive de 1965, les parités élevées (plus de six enfants en 1990) s'observent vers l'Occident, débordant largement vers le Centre, de Zacatecas vers San Luis de Potosí. De manière un peu inattendue, le Chiapas, Oaxaca, le Yucatán cèdent leur position dominante. On ne peut exclure le fait que les descendance finales à ces âges, chez les populations défavorisées – du Chiapas et de Oaxaca en particulier –, puissent être sous-estimées par la mortalité des enfants alors oubliés ; à ces âges et en ces lieux, la santé déclinante des mères modère probablement les maternités tardives. Ces sociétés domestiques isolées ont appris à se prémunir contre les risques séculaires que la mortalité fait peser sur la survie des ménages : il est de tradition de constituer rapidement sa descendance.

Plus intrigantes sont les fortes fécondités chez les mères de 40-44 ans dans le Centre et l'Ouest en 1990 : ces femmes ont commencé à procréer au cours des années soixante, quand les contraceptifs devenaient populaires, et les régions concernées, en particulier celle centrée sur Guadalajara, ne souffrent pas du handicap économique

associé aux transitions tardives. Remarquons qu'une descendance nombreuse chez les femmes âgées correspond à des fécondités modérées chez leurs cadettes, en particulier quand ces statistiques concernent toutes les femmes et non pas les mères. Pour éclaircir cette particularité, nous avons mis en relation les parités respectives des *mères* et des *femmes* à 20-24 ans⁵. Ces deux mesures sont similaires, à une différence près qui reflète l'âge moyen à la naissance du premier enfant ; lequel est estimé par le résidu de la régression de ces deux valeurs. La carte qui représente la distribution régionale de ce résidu a été placée à côté des variables dont la géographie est proche (planche 4). Ce rapprochement établit clairement que l'ajournement des premières naissances (résidus négatifs par rapport à la tendance mexicaine générale) s'observe quand trois phénomènes se trouvent rassemblés : une solide tradition catholique, un déficit prononcé d'hommes jeunes, un célibat féminin qui se prolonge plus qu'ailleurs. La configuration de la première relève probablement de l'histoire coloniale, du peuplement des villes telles Puebla, Monterrey, de l'Occident et du Centre minier (Potosí, Zacatecas...) ; elle contourne les implantations indigènes et cède au protestantisme. Il se peut que le jeu de ces traditions catholique et coloniale contribue à retarder les unions légitimes (l'union libre y est peu pratiquée, ou avouée) tout en dissuadant une contraception mal acceptée par l'Église. Les deux forces se compensent pour aboutir à une reproduction « normale », en dépit d'une procréation plus généreuse une fois les familles constituées. L'absence des hommes est la marque de l'exode massif vers les États-Unis qui caractérise ces régions, du moins là où il n'est pas compensé par une immigration en provenance des autres provinces du Mexique, comme sur la frontière. Quand la migration internationale est temporaire, elle est pratiquée à des âges qui contribuent à déséquilibrer le « marché » matrimonial, dès lors concurrencé par celui de l'emploi ; la majorité des migrants sont masculins et célibataires en âge de se marier (Delaunay, 1994). Faute de pouvoir s'unir, sont ici plus nombreuses les femmes délaissées qui se voient contraintes à différer leur maternités.

⁵ C'est à cet âge que les différences entre la parité des mères et des femmes révèlent mieux l'ajournement de la première naissance, largement associé à la nuptialité ; en fin de vie féconde, les deux statistiques se rapprochent trop étroitement pour mériter la comparaison.



Fécondités et géographie du développement social

Pour préciser ce tableau spatial de la fécondité mexicaine, nous allons nous demander s'il est conforme à quelques facteurs reconnus de son déclin, ceux associés au développement social. Le modèle⁶ cherchant à reconnaître les variations de la parité moyenne des femmes de 15 à 44 ans inclut :

- le taux d'urbanisation, soit le pourcentage de la population résidant dans les villes de plus de vingt mille habitants ;
- une estimation censitaire de la mortalité des enfants avant cinq ans ;
- la proportion d'analphabètes de 40 à 44 ans ;
- la proportion de l'assistance scolaire à 15-19 ans ;
- la proportion de la population économiquement active ;
- le rapport de masculinité de cette population ;
- une mesure des revenus moyens de la population municipale donnée en nombre de salaires minimums ;
- et enfin, la proportion d'habitations sans électricité ni tout-à-l'égout.

Rappelons que les corrélations entre les attributs des unités administratives – lesquelles sont des groupements d'unités statistiques élémentaires, individus ou ménages – ne permettent évidemment pas de tester les associations ou causalités (entre la mortalité juvénile et la fécondité par exemple), mais seulement la similitude entre les diverses géographies.

Ces variations du développement social correspondent à un peu plus de 90 % de la variation *territoriale* de la parité des femmes entre 15 et 44 ans. Reconnaître cette bonne conformité de la fécondité au développement ne nous aide pas beaucoup à en expliquer la disposition dans l'espace ; le modèle (planche 5) montre seulement ce que serait la géographie de la parité moyenne si elle collait exactement à celle

⁶ Le choix a été conduit sur la foi d'une analyse des composantes principales d'un sous-ensemble de phénomènes mesurés par les recensements, représentant les principaux éléments du développement et par l'examen du facteur d'inflation de la variance pour chaque attribut (Freund et Littel, 1991)

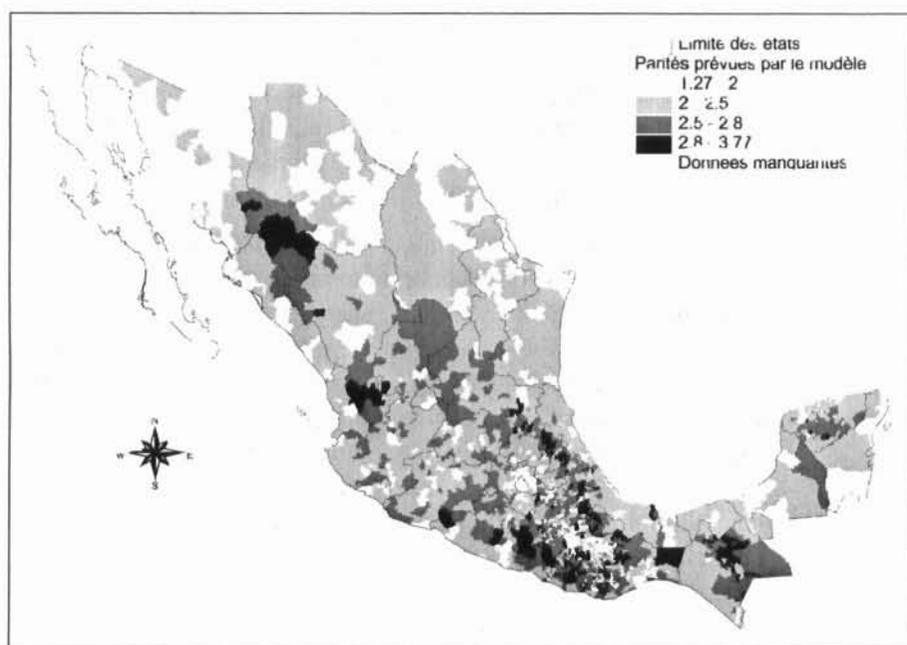


Planche 5
Géographie des parités estimées
par les indicateurs socio-économiques.

du développement. On mesurera l'éloignement des valeurs extrêmes dues à l'inégalité socio-économique, des contraires parfois bien proches dans l'espace. Le Nord, en particulier californien, bénéficie d'une transition démographique impulsée par une relative fortune économique ; mais, dans la partie occidentale, la fécondité ne présente pas les niveaux que laisse supposer cette prospérité, ils pourraient être infléchis par l'immigration de populations moins malthusiennes. Pour le reste, on retrouve la géographie conjointe de l'enclavement et des réseaux déjà remarquée, avec une précision soulignée par la logique simplifiée du modèle. Il est aisé de suivre la ligne des piedmonts en partant de Monterrey le long de la Sierra Madre Occidentale, précisément par Jalapa, contournant les terres basses de l'Istmo de Tehuatepec, incluant les montagnes de Chiapas, se conformant aux limites méridionales de la Sierra Madre del Sur, puis occidentales vers le nord. Une lecture attentive situera bon nombre des accès routiers

qui traversent les contreforts montagneux vers les côtes, ainsi vers Poza Rica, vers la ville de Veracruz, vers Pinoteca Nacional, pour n'en citer que quelques-unes. Ces configurations confirment les fondements économiques de la disposition réticulaire de la baisse de la fécondité, associés aux infrastructures de la production et des échanges, organisés en réseaux dont les villes sont les points de convergence.

En revanche, la carte des « anomalies » sur la même planche, c'est-à-dire des variations non expliquées par le modèle, dessine des régions à l'homogénéité mieux délimitée, une géographie des grands territoires plus que des réseaux. Elle reste cependant difficile à comprendre, car n'est associée de manière significative à aucune variable chiffrée par le recensement⁷, pas nettement à une configuration familiale. Au mieux arrive-t-on à dégager une coïncidence propre à une région particulière, laissant entrevoir le jeu d'une spécificité culturelle ou naturelle, telle une singularité matrimoniale de la culture du Veracruz favorable à l'union libre. Ailleurs vers le sud, dans le Chiapas ou le Yucatán, on songe à la détérioration des déclarations résultant d'une mortalité élevée des enfants, mais ce biais ne se trouve pas nécessairement là où le risque des décès précoces est le plus fort. De meilleures couvertures des services sanitaires, comme dans le Yucatán, contribuent probablement à ces différences (Lerner et Quesnel, 1990). Quant à la plus notable des relations statistiques, elle ne vaut que pour les *municipios* les plus en retrait par rapport aux parités attendues et concerne les régions occidentales et centrales où la population des jeunes adultes présente des rapports de masculinité anormalement bas. Une fois encore, cette coïncidence désigne les populations pour qui l'émigration vers les États-Unis est une pratique ancienne, elle laisse entendre qu'elle serait également susceptible d'infléchir les comportements familiaux. D'autres régions atypiques – par rapport au modèle – révélées par la carte, sont connues pour leurs médiocres capacités de rétention démographique : les terres hautes de Oaxaca et du Chiapas, les déserts intérieurs du Nord, à cette différence que le genre des émigrants est mieux équilibré et que la plupart des destinations restent mexicaines.

⁷ On trouve une ébauche d'association avec la proportion de femmes sans enfant durant la seconde moitié de leur vie reproductive, plus élevée pour les parités atypiquement basses, mais il s'agit de l'expression du phénomène plus que sa cause.

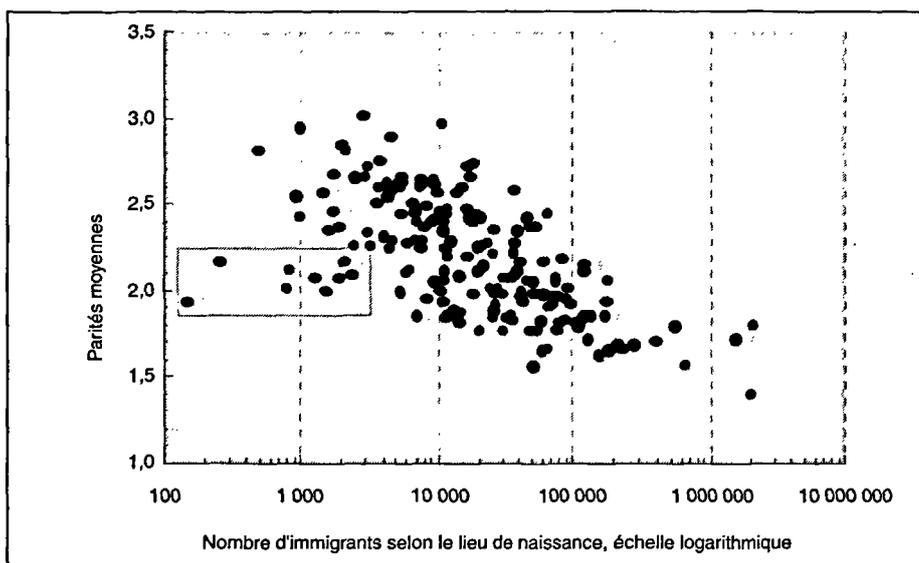
Fécondité et émigration

L'hypothèse d'une composante migratoire à la baisse de la fécondité découle naturellement de l'observation de son étroite association avec la géographie du développement social. La perception par les individus et les familles d'un contexte socio-économique défavorable peut dissuader l'adoption de pratiques malthusiennes. De même la mobilité des populations peut constituer une réponse aux conditions économiques adverses que les lieux opposent, de manière indirecte, à la transition de la fécondité.

Notre contribution à ces questions se limite à deux observations. La première souligne le rôle des stratégies migratoires individuelles sur la fécondité mexicaine. La seconde insiste sur les effets propres de l'émigration vers les États-Unis, tant pour l'impact sur la natalité générale mexicaine que pour la réduction des descendance.

Le choix des lieux

Les cartes municipales ont mis en évidence quelques aspects des différences spatiales et dans quelle mesure les parités moyennes se conformaient à ces inégalités. La descendance résulte d'un choix familial ou individuel, lequel se trouve influencé par l'environnement social, le niveau des revenus, les infrastructures sanitaires de l'habitation (eau, électricité) ou de la région (centres de soins, hôpitaux...), de l'éducation et de l'emploi, des femmes en particulier. Or les politiques de population ou sociales ne changent pas ou peu cette géographie (Delaunay, 1995), la disponibilité des contraceptifs épouse probablement l'arrangement réticulaire et urbain de la prospérité économique et de la communication. Pour des millions de Mexicains, l'accès au progrès économique passe par le choix d'un lieu plus propice à l'obtention d'un emploi, favorable à l'éducation des enfants, à la santé de tous. Ainsi, en migrant, se donnent-ils les motivations et les moyens d'une fécondité mieux contrôlée, même si ce n'est pas explicitement le mobile de la migration.



Source : XI Censo de Población y Vivienda.

Figure 2

Le choix des migrants pour les lieux favorables à la baisse de la fécondité.

La figure 2 illustre la direction de la mobilité humaine : les régions⁸ qui reçoivent le plus de migrants en nombre absolu sont généralement celles dont les populations présentent les parités les plus faibles (femmes de 15-44 ans)⁹. La préférence des migrants se dégage plus nettement si on fait abstraction des régions comprises dans le cadre en pointillé, lesquelles correspondent aux interstices désertiques des régions frontalières qui accueillent des populations peu rurales dont nous avons déjà signalé la faible fécondité. Au bord extrême du graphique, pour les parités basses et les apports migratoires les plus importants, se trouve la ville de Mexico (Districto Federal) précédant d'autres capitales régionales (Guadalajara, Monterrey...). Juste

⁸ Il s'agit des régions de planification de la Secretaria de Programación y Presupuesto dont il est fait référence dans la note numéro 2.

⁹ La tendance se maintient pour les parités par groupe d'âges, ce qui signifie qu'elle ne résulte pas de la sélection de migrants généralement jeunes.

au-dessus du Distrito Federal, pour une immigration également importante mais une fécondité élevée, se trouvent des périphéries urbaines et défavorisées de la capitale qui appartiennent à l'État de Mexico (Texcoco et Zumpango).

La relation entre ces deux grandeurs n'est évidemment pas de causalité directe : l'urbanisation s'associe au progrès social déjà invoqué pour orienter le volume de l'immigration et le déclin simultané de la fécondité des citadines. Ce que met en évidence le graphique, c'est la prédilection des migrants pour les lieux de la modernité, où ils se concentrent. Par ce choix, la grande majorité se donne les moyens, voire les motivations, de réduire sa descendance ; presque à l'insu des individus et leur famille, simplement parce que l'environnement les y incite. Ce graphique suggère donc que la transition de la fécondité serait plus lente en l'absence de migration, mais les statistiques dont on dispose ne permettent pas de chiffrer la part du déclin de la fécondité facilitée par cette mobilité liée aux motivations économiques¹⁰. Néanmoins, les cartographies de la parité ne laissent aucun doute sur sa graduation décroissante associée au mouvement de concentration de la population, même si une partie importante du flux migratoire prend naissance dans les villes favorisées.

Certains aspects de ces questions sont plus faciles à cerner pour la migration internationale ; les régions qui l'alimentent sont mieux identifiées et, grâce aux questions sur l'origine et le pays de naissance, le recensement américain nous informe sur le comportement différentiel des migrants et de leurs descendants. Sur les lieux du départ qui ici nous intéressent, et pour l'ensemble de la population mexicaine, l'exode peut infléchir la fécondité par divers processus sélectifs. L'exode des femmes en âge de procréer est aussi celui des « ventres » qui soustrait des enfants au Mexique. Quand l'émigration est surtout masculine, le déficit des hommes peut retarder les unions, augmenter le nombre des femmes sans enfant. Il est également possible de concevoir que la migration internationale opère une sélection en faveur des femmes les moins prolifiques, rehaussant de la sorte la fécondité moyenne de celles qui restent. Au contraire, l'adoption de

¹⁰ L'émigration n'est pas mesurée pour le découpage municipal du territoire, ni les fécondités différentielles des immigrants par rapport aux populations d'accueil.

conduites reproductives plus restrictives dans le pays d'accueil n'aura de répercussion sur la fécondité du Mexique que si la migration est temporaire.

La migration vers les USA : une aide aux politiques de population mexicaines

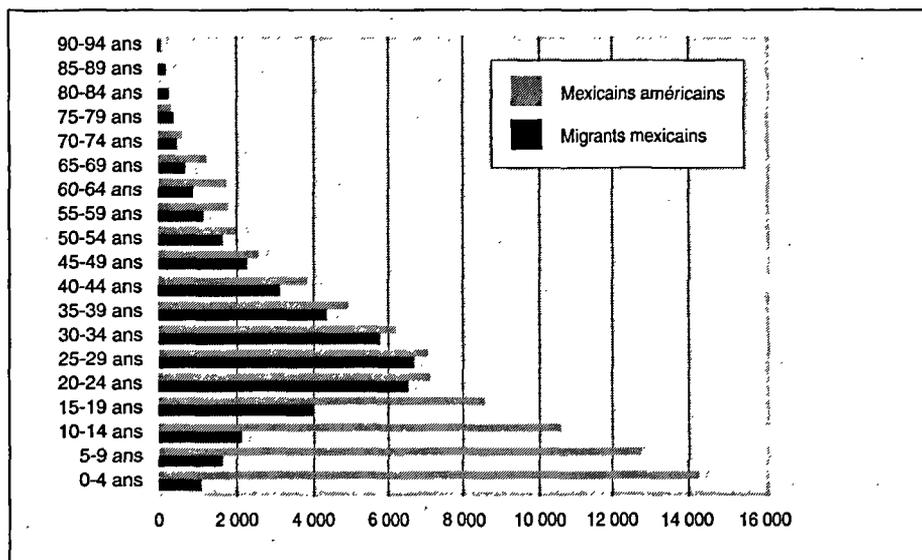
Sitôt publié le recensement de 1990, les Mexicains s'étonnèrent de n'être qu'un peu plus de 81 millions et mirent en doute la qualité des statistiques censitaires¹¹. En réalité, les projections qui fondaient ces attentes avaient sous-estimé l'ampleur de la révolution malthusienne ces deux dernières décennies, mais aussi l'importance de l'exode des adultes vers les USA ; celui des femmes, en particulier, dont l'impact sur la natalité se révèle aujourd'hui d'importance majeure. Il était difficile de prévoir le tournant pris par l'émigration internationale mexicaine dans le milieu des années quatre-vingt. Avec la légalisation de l'immigration clandestine (Loi Simpson de 1986), un grand nombre des migrants clandestins temporaires eurent la possibilité de s'installer en toute légalité aux États-Unis, de réunir leur famille, ou d'en former une. Grâce à l'émigration des femmes, et à leurs enfants nés sur le sol américain à qui on reconnaît la citoyenneté, la croissance de la population mexicaine expatriée prend un nouvel essor qui s'ajoute à une recrudescence de l'exode durant ces années de crise.

Examinons la structure par âge des Mexicains recensés aux États-Unis (figure 3). Sont qualifiées d'immigrantes, les personnes nées au Mexique et recensées en avril 1990 sur le territoire américain. Ce dénombre est incomplet, il a certainement escamoté une partie des travailleurs clandestins et/ou saisonniers¹². Les Américains mexicains sont toutes les personnes recensées à la même date aux États-Unis qui se déclarent d'ascendance mexicaine¹³, population à laquelle nous avons soustrait le groupe précédent des vrais immigrants. La

¹¹ Mains démographes notamment, en dépit des silences de l'INEGI, mais moins que les responsables politiques locaux soucieux de la répartition des crédits fédéraux, en partie conditionnée par des pondérateurs démographiques.

¹² Pour une estimation des migrants invisibles aux recensements, voir Delaunay, 1994.

¹³ Il s'agit d'une autodéclaration.



Source : Bureau of Census, 1990, PUMS.

Figure 3
Répartition par âge des Mexicains aux États-Unis,
migrants et d'origine.

couverture statistique de cette seconde génération de Mexicains aux États-Unis est très certainement meilleure. On remarquera immédiatement quel potentiel démographique recèle la pyramide par âge des Américains mexicains ; et *a contrario* le support de la migration internationale aux politiques mexicaines de population.

La structure de la population de ces fils de migrants, américains par droit du sol, rappelle celle des populations non-malthusiennes par l'importance de la natalité : ici elle résulte de la concentration des adultes du fait de la migration, et plus particulièrement de celle des femmes mexicaines. Les adultes immigrants et les Chicanos (les Américains mexicains) se partagent *grosso modo* les naissances détournées par la migration. En d'autres termes, l'émigration cumulée fait aujourd'hui perdre au Mexique plus de trois cent mille naissances chaque année, les nouvelles générations augmentent au rythme régulier de trois pour cent par an ; une contribution inattendue à la transition démographique, une amputation humaine majeure après celle du territoire.

La fécondité des Mexicaines expatriées

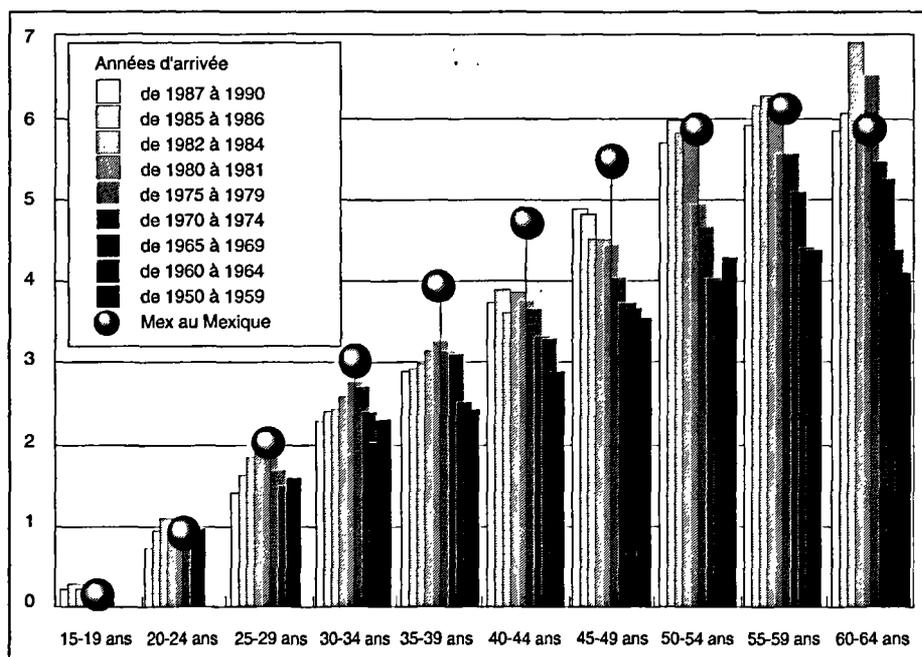
Ceux qui partent sont généralement différents de ceux qui restent et la migration internationale, plus contraignante, sera tout particulièrement sélective. L'âge et l'éducation distinguent les candidates à l'expatriation, leur fécondité aussi probablement car les enfants sont en soi un handicap à l'encontre de départs aventureux et une mère ne s'exilera pas dans les mêmes conditions qu'une célibataire. Puis l'immersion dans un environnement économique plus prospère motivera sans doute une nouvelle réduction de la fécondité. Cependant, une moindre fécondité avant ou au cours de l'exil peut n'être qu'un ajournement des maternités, une reproduction conforme étant susceptible d'être rétablie après un retour ou une installation réussie à l'étranger.

Prenons les parités maternelles (tableau 1), plutôt que celles de toutes les femmes, afin d'écartier la possible influence d'une nuptialité modifiée lors du processus migratoire. Elles nous apprennent que l'écart le plus grand s'établit entre les mères qui sont restées au pays et les migrantes, les Américaines mexicaines restant relativement plus proches de ces dernières. Ces chiffres suggèrent que le passage frontalier serait plus radical que l'installation aux États-Unis, et que les Chicanas demeurent relativement fidèles aux pratiques reproductives mexicaines. Cela est surtout vrai en début de vie féconde, lors de la constitution des descendance désirées, disons avant 25-30 ans. Ensuite, le contrôle que les Américaines d'origine mexicaine ont de leurs maternités devient plus rigoureux que celui des migrantes et l'écart se creuse. Il est entendu que cela tient à ce que nous observons les fécondités cumulées pour les migrantes récemment arrivées, des parités qui reflètent des descendance acquises partiellement au Mexique, avant leur entrée aux États-Unis.

La figure 4 précise mieux la part des modifications de la fécondité survenues par sélection des partants, puis lors de l'expatriation par immersion dans un environnement économique et culturel moins nataliste. Les parités moyennes des femmes, cette fois-ci, sont réparties selon la date d'arrivée aux États-Unis. Il s'agit évidemment de migrantes, les Chicanas – nées américaines – n'étant pas incluses dans ces statistiques. Pour référence, les symboles sphériques signalent la descendance atteinte par les Mexicaines recensées chez elles en 1990. Ces informations confirment combien la migration internationale est sélective en faveur des femmes moins prolifiques ; pour

Âges \ condition migratoire	Américaines mexicaines	Mexicaines immigrantes aux USA	Mexicaines recensées au Mexique
15-19 ans	1,27	1,24	1,37
20-24 ans	1,72	1,69	1,92
25-29 ans	2,13	2,24	2,69
30-34 ans	2,50	2,86	3,52
35-39 ans	2,69	3,34	4,40
40-44 ans	3,03	3,81	5,23
45-49 ans	3,55	4,40	6,06

Tableau 1
Parités atteintes par les mères selon la situation migratoire.



Source : Bureau of Census, 1990 – PUMS, 5 %. Ces statistiques résultent d'un traitement de l'auteur à partir de l'échantillon à 5 % du recensement américain.

Figure 4
Parité des femmes selon leur ancienneté aux États-Unis, 1990.

s'en assurer, il suffit de comparer les descendance des nouvelles immigrantes¹⁴ à celles des non-migrantes. L'écart peut être considérable : de près d'un enfant en fin de vie féconde ; il disparaît complètement après la ménopause, c'est-à-dire pour les femmes qui ont exclusivement procréé au Mexique ; il n'est pas significatif pour les très jeunes femmes (de 15 à 19 ans)¹⁵.

La graduation selon l'ancienneté dans le pays-hôte – un dégradé de gris de plus en plus sombres – présente deux tendances opposées.

– Est d'abord manifeste une réduction des parités avec la durée de la résidence américaine. Les migrantes les plus anciennes et les plus âgées mirent au monde jusqu'à deux enfants de moins que les Mexicaines non-migrantes¹⁶, résultat d'une expatriation de vingt-cinq à quarante années, en grande partie procréatrices. L'écart est moindre par rapport à leurs concitoyennes plus récemment arrivées, sauf pour les femmes ménopausées.

– Mais apparaît également un mouvement divergent, de moindre ampleur, chez les jeunes et nouvelles immigrantes : celles arrivées aux États-Unis à la fin des années soixante-dix, à l'apogée de leurs capacités reproductives. Ce renversement de tendance inattendu reste inexplicable sans un examen complémentaire des recensements précédents, qu'il est ici hors de propos d'entreprendre. On songe à l'accentuation du processus sélectif qui dissuade les migrantes prolifiques, lequel pourrait résulter d'une intensification des migrations féminines de travail ces dernières années, au détriment de motivations matrimoniales plus traditionnelles. A pu jouer également la vigueur de la transition de la fécondité au Mexique durant les années quatre-vingt, à laquelle auraient été soustraites les Mexicaines expatriées. L'argument cadre mal avec les tendances observables, à moins que la précarité légale des familles de migrants leur inspire des stra-

¹⁴ Ces migrantes arrivèrent entre le premier janvier 1987 et mars 1990, soit une période certainement trop courte pour inspirer un contrôle des maternités draconien au point de produire les écarts constatés.

¹⁵ Les naissances sont trop rares à ces âges pour que l'échantillon les estime correctement.

¹⁶ Les irrégularités observées pour ces effectifs réduits de femmes résultent pour une large part de variations aléatoires des estimations extraites de l'échantillon à 5 % du recensement. Les précisions n'ont pas été présentées car les tendances sont significatives, il suffit d'oublier les variations fines.

tégies plus natalistes : avoir des enfants américains de naissance est une précieuse garantie pour l'avenir.

Conclusion

L'examen des fécondités mexicaines a-t-il pu dévoiler des déterminismes spatiaux propres à la fécondité ? On ne saurait avancer une réponse sans réserve, tant elle doit être nuancée de remarques qui sont des invitations à poursuivre plus que des notes conclusives.

A été clairement identifiée une propagation des nouvelles conduites malthusiennes à partir des centres urbains, diffusion plus ou moins étendue selon l'inertie historique et démographique des populations des environs, aisée dans le nord semi-désertique, contenue parmi les peuplements traditionnels du centre. Mais la fine cartographie municipale de l'enclavement des populations plus prolifiques suggère une distribution de la transition démographique plus réticulaire que concentrique, étant canalisée par le lacs des communications dont les villes sont les nœuds. Cependant, ces configurations spatiales ne sont pas propres à la fécondité, elles valent aussi pour plusieurs indicateurs du développement économique et social. Ce qui n'est pas surprenant car les réseaux de la circulation qu'il emprunte sont autant les fondements de l'activité économique que les instruments développés par celle-ci pour s'intensifier et s'étendre. Ne sont-ils pas également les outils de la diffusion des idées, incitations et moyens contraceptifs qui stimulent la réduction des descendances, une fois la survie des enfants assurée ?

Reste que plusieurs dispositions spatiales de la fécondité ne se conforment pas exactement à la géographie des prospérités économiques. Certaines de ces exceptions suggèrent une autre composante spatiale à la fécondité qui serait liée à la mobilité des hommes. Non seulement parce que les déplacements contribuent à disperser les comportements malthusiens, mais aussi à cause de la nature sélective des migrations humaines, en particulier internationales. L'absence des hommes, plus nombreux à être recrutés sur le marché du travail américain, contribue probablement à ajourner les unions et les premières

naissances. De même, l'effet modérateur de la migration internationale sur la fécondité des femmes expatriées peut avoir deux conséquences opposées sur le lieu de départ : à la hausse en sélectionnant les moins prolifiques, à la baisse si les migrantes qui ont acquis des conduites plus modernes reviennent sur leurs terres de départ. Mais finalement, le nombre absolu des naissances détournées par l'exode accumulé de tous les Mexicains aux États-Unis se révèle très important pour la natalité du pays. Enfin, la mobilité interne contribue au déclin de la fécondité générale du pays en conduisant les individus à se concentrer dans les villes et le long des réseaux. Par ce choix, qui prend en compte la géographie du développement, les populations défavorisées se créent un environnement favorable au contrôle de la fécondité lequel accélère le calendrier de la transition de la fécondité de l'ensemble de la nation.

Bibliographie

- DELAUNAY D., 1994 — *Les migrants invisibles, leur estimation à partir des statistiques de stock et de flux*. Communication à « Taller sobre medición de la migración internacional », Tijuana, mai 1994, Colef/Orstom.
- DELAUNAY D., 1995 — *Les fractures spatiales d'un développement discriminatoire : le cas du Mexique*. Communication au Colloque de Royauumont, 9-11 janvier 1995 « Le développement peut-il être social ? »
- DELAUNAY D., BRUGELLES C., 1993 — *Los espacios de la fecundidad en el norte de México (de 1970 a 1990)*, *Trace* n° 24 : 87-106.
- FREUND R. J., LITTEL R. C., 1991 — *SAS System for regression*. SAS Institute.
- HAINING R., 1990 — *Spatial data analysis in the social and environmental sciences*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1992, *XI Censo de Población y Vivienda*.
- LERNER S., QUESNEL A., 1990 — *Mediaciones Institucionales y Regulación de la Fecundidad IV*. Reunión de Investigación demográfica en México México, DF México 1990/ 23-27, abril El Colegio de México, Orstom México 25 p.
- U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, 1993 — *Public Use Microdata Samples, 1990 Census of Population and Housing*.
- COSIO-ZAVALA M. E. — 1988 — *Changements de la fécondité au Mexique et politiques de population*. Thèse de doctorat d'État, université de Paris V, René Descartes, Paris.

Politiques démographiques et liberté reproductive

Arlette Gautier

La conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue au Caire en 1994, a marqué un changement paradigmatique important puisqu'elle a abandonné le discours de contrôle de la population fondé sur le malthusianisme et réfuté toute politique démographique qui transformerait les êtres humains en cibles d'objectifs chiffrés. Désormais, ces politiques doivent être fondées sur les « droits reproductifs », c'est-à-dire le droit des individus et des couples à décider librement du nombre, de l'espacement et du moment de naissance de leurs enfants, en leur assurant les moyens et l'éducation nécessaires, ainsi que le droit d'atteindre le niveau le plus élevé possible de santé sexuelle et reproductive et le droit de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, coercition ou violence. Ce changement a été obtenu grâce aux actions scientifiques et politiques des mouvements féministes qui ont montré les effets négatifs – et souvent peu efficaces – de politiques fondées sur un contrôle démographique de la population (Hartmann, 1987 ; Correa, 1994 ; McIntosh et Finkle, 1995 ; Gautier, 1996).

Jusqu'au Caire, et malgré les critiques apportées à certaines politiques coercitives menées, notamment en Chine, les ouvrages de l'ONU et la littérature démographique (sauf au niveau des monographies) tendaient à présenter toute amélioration de l'accès à la contraception comme assimilable *de facto* à la liberté reproductive. Celle-ci se serait fortement accrue puisque, d'après les déclarations gouvernementales à l'ONU, les deux tiers des pays auraient soutenu directement l'accès à la contraception en 1976 et les trois quarts en 1989, grâce notamment à l'augmentation de ce taux en Afrique passé de 50 % à 78 % (Chamie, 1994 : 37). L'absence de liberté reproductive ne serait donc

plus qu'un problème minoritaire à l'échelle mondiale. Mais, dire cela serait oublier qu'il y a souvent loin des discours aux pratiques, et que l'imposition de la contraception ou de l'avortement n'est pas moins dommageable à la liberté reproductive que leur absence.

Où en est donc la liberté reproductive dans sa double acceptation dans les pays du Sud ? Pour répondre à cette interrogation, les données fournies par l'ONU au niveau mondial sont insuffisantes, car seules des données monographiques permettent de comprendre l'accès réel à la contraception et le degré de liberté dont les individus ou les ménages disposent. Après une brève discussion sur la notion de « liberté reproductive », une analyse des programmes mis en place dans certains des pays les plus peuplés de la planète (Chine, Inde, Indonésie, Brésil, Pakistan, Bangladesh, Nigeria, Mexique, Vietnam, Iran, Égypte, Thaïlande)¹ permet d'apporter des éléments de réponse.

La liberté reproductive

Ce thème de la liberté reproductive est fort complexe car il met en jeu de multiples aspects : les méthodes proposées, l'intervention de l'État, la frontière entre liberté et contrainte, le pouvoir au sein du ménage.

L'accès à toutes les méthodes est un sujet épineux comme l'a rappelé, lors de la Conférence du Caire, l'opposition du Vatican aux méthodes « non naturelles » et à l'avortement. L'Islam, lui, permet généralement l'avortement jusqu'au quatrième mois mais refuse la stérilisation (Sachedina, 1990). Les Français ont tendance à voir dans la stérilisation une méthode inacceptable car mutilante. Pourtant, même en France où le choix des méthodes anti-conceptionnelles est vaste, un certain nombre de femmes optent pour cette méthode, parce qu'elle est la moins contraignante et la plus efficace, avec le risque toutefois de regrets liés à son irréversibilité. Il semble donc préférable que toutes les méthodes soient disponibles, pourvu que leurs effets soient bien expliqués.

¹ Les Philippines ont été exclues à cause du manque d'étude scientifique à ce sujet.

Par ailleurs, la légalisation des méthodes de contraception ne suffit pas à en garantir l'accès aux plus pauvres, notamment lorsqu'ils sont isolés géographiquement. L'État doit-il garantir l'accès à ces méthodes via des programmes de planification familiale ou de santé maternelle ? Certains s'y opposent, au nom de la défense du privé et du marché contre les empiètements du public. D'autres pensent que les gouvernements devraient garantir l'accès de leurs citoyens à la contraception au même titre que l'accès aux vaccinations et aux soins de santé de base.

Le thème de la liberté opposé à la contrainte a été traité par bien des philosophes avant de devenir d'actualité pour les démographes. Pour certains, toute intervention de l'État dans ce domaine est déjà une forme de contrôle social contraire à la liberté individuelle. Pour d'autres, moins extrêmes, les gouvernements doivent fournir l'information et les méthodes mais ils ne doivent pas essayer de former une demande de contraception lorsque celle-ci est absente. Ainsi, il ne faudrait pas faire de propagande, par les médias ou des informateurs, sur le thème « la petite famille vit mieux ». On peut considérer qu'il y a liberté reproductive lorsqu'il y a absence de contrainte, que celle-ci soit physique, financière ou morale. Qui dit contrainte, dit tentative de jouer sur certaines dépendances ou faiblesses de l'autre, par opposition à la persuasion purement intellectuelle, même si celle-ci peut être forte lorsqu'elle met face à face celui qui est supposé savoir à celui qui est supposé ne pas savoir.

Enfin, la liberté reproductive doit-elle être garantie aux ménages, aux couples ou aux individus ? Les femmes sont les premières concernées puisqu'elles mettent au monde les enfants, parfois au détriment de leur santé, et qu'elles réalisent l'essentiel des tâches liées à leur éducation. Les femmes doivent donc pouvoir décider du nombre et de l'espacement des enfants, alors que dans certains pays l'autorisation du mari est nécessaire pour accéder à la contraception (Locoh, 1992: 12).

Avoir accès à la contraception

Déclarations gouvernementales et pratiques

Il n'est pas facile de savoir où en est l'accès réel à la contraception. En 1989 (ONU, 1992), 84 % de la population du tiers monde vit dans des pays qui mènent des interventions pour limiter leur fécondité (60,5 % en Afrique, 44,6 % en Amérique latine et 91 % en Asie). Ils sont encore plus nombreux à vivre dans des pays qui facilitent, du moins officiellement, l'accès à la contraception, car celle-ci est également un moyen d'améliorer la santé maternelle et infantile et la liberté reproductive. Aussi, le nombre de pays qui limite l'accès à la contraception est passé de 15 à 5 entre 1976 et 1989, soit alors 4 % des pays mais moins d'un pour cent de la population mondiale. Ce sont généralement des pays qui ont subi récemment des guerres et qui ont de forts besoins de main-d'œuvre. Seule l'Arabie saoudite mentionne des motifs religieux à cette interdiction (ONU, 1988b : 74-77).

Par ailleurs, 8 % des pays n'apportent pas de soutien à la contraception, sans toutefois l'interdire, et 9 % apportent un soutien indirect, acceptant notamment l'action d'associations privées de planification familiale². Ainsi, plusieurs pays d'Afrique francophone, sans forcément soutenir l'accès à la contraception, ont du moins libéralisé son accès en éliminant la loi de 1920 héritée de la France³.

Cependant, ce libéralisme accru ne concerne pas toutes les méthodes de contraception, puisque la stérilisation et l'avortement restent interdits dans bien des pays. La stérilisation assure pourtant près de la moitié de la contraception au niveau mondial (33 % de ligatures, 12 % de vasectomies) atteignant de très hauts niveaux en Chine, en Inde, en Thaïlande, au Mexique et au Brésil, mais aussi aux États-Unis, alors qu'elle est très peu répandue en Afrique et reste interdite en Iran.

² Les autres pays touchés sont : Djibouti, le Tchad, le Gabon, la Mauritanie, Belize, Brunei, le Koweït, Oman, le Qatar et l'Union des Émirats arabes unis.

³ Ce fut le cas notamment du Mali en 1972, du Cameroun et du Sénégal en 1980, de la Côte d'Ivoire en 1982 et du Burkina-Faso en 1986.

Continent	Limitation	Pas de soutien	Indirect	Direct	Total
Afrique	0	04	6	42	52
Amérique latine	0	1	3	29	33
Asie	5	5	2	26	38
Total	5	10	11	97	123

Source : ONU, 1993 – World population policies, 1992 monitoring report ; New York : 78-81 et 97-100.

Limitation : Cambodge, Iraq, Laos, Mongolie, Arabie saoudite. **Pas de soutien :** *Afrique :* Djibouti, Guinée équatoriale, Gabon, Lybie ; *Amérique latine :* Bolivie ; *Asie :* Brunei Darussalam, Koweït, Oman, Qatar et les Émirats Arabes Unis. **Soutien indirect :** *Afrique :* Bénin, Tchad, Côte d'Ivoire (en 1991 le gouvernement a cependant admis la nécessité de limiter la croissance démographique ; ZANOU, 1994 : 376), Madagascar, Mauritanie, Somalie ; *Amérique latine :* Bahamas, Belize, Argentine ; *Asie :* Chypre et Mayanmar.

Tableau 1

Position des pays par rapport à la contraception par continent en 1992.

Quant à l'avortement (Dixon-Mueller, 1993 : 163-187), objet de débats houleux, deux-tiers des populations du Sud vivent dans des pays où il est interdit ou permis uniquement pour sauver la vie de la mère ou de l'enfant. C'est le cas au Brésil, en Égypte, au Bangladesh après 10 semaines de grossesse. En revanche, la Chine, l'Iran, et le Vietnam l'autorisent à la demande. L'Inde l'accepte pour de nombreux motifs socio-économiques, mais il faut une autorisation médicale alors qu'il y a peu de médecins en zone rurale. De plus, les délais sont souvent très longs et l'avortement n'est parfois réalisé que si une stérilisation est pratiquée ou contre de l'argent (Ravindran, 1993 : 34). Plus généralement, l'application de la loi varie beaucoup d'un pays à l'autre. Il est souvent relativement facile de procéder à un avortement, même illégal, si on en a les moyens. Cependant, partout l'illégalité accroît les risques pour les femmes, multipliant par cent le risque de décès. De plus, la légalisation de l'accès à la contraception ou une déclaration gouvernementale de soutien n'impliquent pas forcément que la population d'un pays concerné ait accès à la contraception. On peut d'autant plus légitimement se poser la question que les fonds accordés à la planification familiale sont souvent très faibles. Ainsi, les dépenses de santé en 1987 ne représentaient en moyenne que de 1 à

10 % des budgets gouvernementaux et les programmes de planification familiale moins de 10 % des budgets de santé soit, dans le meilleur des cas, 1 % du budget total ; elles s'élèvent à seulement 0,5 \$ par tête et par an dans 31 pays (Sadik, 1991). Les rapports sur les politiques de population, publiés par l'ONU depuis 1976, n'indiquent d'ailleurs pas ces chiffres, pas plus que le nombre de travailleurs engagés dans la planification familiale.

La solution la plus simple pour évaluer l'accès à la planification familiale consisterait à dire qu'il existe lorsqu'il y a une forte prévalence contraceptive ; cela paraît cependant erroné, car la population peut connaître la contraception et ne pas vouloir la pratiquer ou, au contraire, la population peut pratiquer la contraception mais sans que le gouvernement ne l'ait favorisée en quoi que ce soit. La connaissance de la contraception serait donc un meilleur indicateur bien qu'elle aussi ne provienne pas forcément d'une politique publique.

Le nombre de dispensaires et de travailleurs médicaux par habitant pourrait constituer un bon indicateur du soutien gouvernemental à l'accès à l'information et aux méthodes « approuvées par la communauté médicale » recommandé par l'ONU mais, d'une institution à l'autre de l'ONU, les chiffres présentent des contradictions assez étonnantes⁴. Ces sources ne permettent donc pas d'avoir une base uniforme et fiable pour comparer l'accès à la contraception médicalisée selon les pays.

De plus, certains pays favorisent l'accès à la contraception par des intermédiaires non médicaux (villageoises par exemple), qui peuvent se révéler très efficaces pour faire connaître et admettre la contraception moderne. Ils ont pu, comme la Thaïlande ou l'Indonésie, développer un accès facile à la contraception, alors même que le taux de médecins ou de para-médicaux par habitant est dérisoire et que les femmes sont peu suivies médicalement, notamment au moment des grossesses (cf. annexe). Cela dit, une contraception médicalisée, donnée sans suivi médical ou para-médical sérieux, n'est pas forcée-

⁴ Ainsi, 70 % des Pakistanaïses seraient accouchées par du personnel qualifié selon la Banque mondiale (1993 : 164-165) et seulement 24 % selon l'OMS (ONU, 1992 : 67-70), chiffre qui paraît dans ce cas plus fiable alors que le taux de mortalité maternelle varie entre 400 et 800 pour 100 000. À l'inverse, 25 % des Chinoises accoucheraient avec du personnel qualifié alors que la mortalité maternelle n'est que de 40 pour 100 000.

ment une bonne chose, comme l'a souligné une étude récente en Égypte (Zuraik, Younis et Khattab, 1994).

Mauldin, Lapham et Ross ont mené depuis 1972 les études comparatives les plus sérieuses sur ce sujet, interrogeant plus de 600 administrateurs, responsables et experts à propos de 30 indicateurs (Lapham et Mauldin, 1984 ; Mauldin et Ross, 1991). Mauldin et Ross ont montré, qu'entre 1982⁵ et 1989 dans une centaine de pays⁶, toutes les mesures d'accès à la contraception s'étaient fortement améliorées : ainsi les prestations de services étaient passées de 25 à 42, le suivi et l'évaluation de 29 à 50, l'accessibilité de 31 à 44 et l'implication politique de 34 à 47. Globalement la cote moyenne a augmenté de 52 %, passant de 29 à 44.

La méthodologie de ces études a été testée et jugée globalement adéquate, bien qu'on puisse s'interroger sur le biais introduit par le caractère subjectif des réponses, et notamment par la confusion introduite entre prévalence effective et rôle de l'État dans celle-ci (Entwistle, 1989). Toutefois, ces études chiffrées restent très générales et ne permettent guère de comprendre la façon dont sont mises en œuvre ces politiques. Ainsi, l'Inde est jugée avoir une politique élevée avec un très bon score au niveau du budget (cf. annexe), alors que les études de terrain montrent que ce budget est fort mal utilisé dans les États du Nord (Satia et Jejeebhov, 1991). La prise en compte de monographies réalisées sur douze des pays « en développement » les plus peuplés de la planète permet d'affiner l'analyse.

Analyse de la situation dans les douze pays

Parmi les douze pays, tous soutiennent officiellement l'accès à la contraception et cela dans le cadre d'une politique anti-nataliste, sauf le Brésil. En 1989, selon Mauldin et Ross, 7 ont même un score élevé, 3 un score moyen (Égypte, Iran, Pakistan) et 2 un score faible (Brésil,

⁵ En 1982, il n'y avait que 16 % des pays (2 % en Afrique, 19 % en Asie, et 38 % en Amérique latine) dont 80 % de la population pouvait trouver au moins un moyen de contraception à moins de deux heures de chez soi, au tarif de moins d'1 % du salaire moyen pour un mois, dans une clinique ou dans le réseau normal de distribution (ONU, 1988b : 94).

⁶ L'étude de 1989 portait sur 98 pays contre 100 en 1982 ; 88 pays couverts dans la première étude figurent également dans la seconde.

Nigéria). Mais, alors que l'Inde et le Pakistan (incluant alors le futur Bangladesh) mènent cette politique depuis les années 1950, l'Égypte, la Thaïlande et l'Iran ont commencé pendant les années 1960 (avec un arrêt brutal pour ce dernier pays en 1979), le Mexique et la Chine depuis le début des années 1970 et enfin le Nigeria et l'Iran, de nouveau, depuis 1989.

Les programmes du sous-continent indien ont d'abord favorisé le stérilet puis la vasectomie et maintenant la ligature des trompes. Le choix des méthodes est donc très limité. Ils ont connu de gros problèmes administratifs et organisationnels, se traduisant notamment par des conflits de compétences, une absence de supervision et un manque total de motivation du personnel. Ils ont de plus utilisé une stratégie de communication absurde : utilisant essentiellement l'écrit dans une société totalement analphabète (Robinson, 1981).

L'Inde se caractérise par son fédéralisme : ce sont les États qui mettent en œuvre la politique démographique et ils peuvent prendre des législations particulières. En Inde du Sud, et particulièrement dans l'État communiste du Kerala, la présence de nombreux dispensaires et écoles a permis une véritable diffusion des méthodes contraceptives. En revanche, en Inde du Nord, où se situent les quatre États les plus peuplés qui regroupent 40% de la population indienne⁷, la moitié des villages sont éloignés de tout dispensaire et ceux qui existent sont de très mauvaise qualité car le personnel est sous payé (la moitié des postes de sage-femme auxiliaire sont vacants), peu formé, peu motivé, au point qu'un tiers des personnes ayant accepté d'être stérilisées au Bihar ont eu des complications (Satia et Jejeebhov, 1991). D'ailleurs, 30% des Indiennes ont accouché avec un parent, ce qui montre amplement le peu de cas fait de la santé reproductive des femmes : 100 000 femmes meurent chaque année des suites d'un accouchement (National Family Health Survey India, 1995 : XXIX).

Au Pakistan, le niveau de connaissance et de pratique contraceptives est très faible alors que le niveau de dépenses de santé, comme le nombre de médecins et d'infirmières, sont dans une honnête moyenne : plus que d'absence de moyens, il semblerait que ceux-ci ne soient

⁷ Les quatre États les plus peuplés de l'Inde sont le Bihar, le Madhya Pradesh, le Rajahstan et l'Uttar Pradesh (qui serait le septième État le plus peuplé du monde s'il faisait sécession). La prévalence contraceptive y était en 1989 de 31% contre 48% dans les autres États.

pas utilisés en faveur des masses rurales et que la politique de planification familiale ne soit appliquée que sur le papier (Robinson, 1981 ; Rogers, 1990). Seule 30 % de la population est couverte par des services de planification familiale (DHS Pakistan, 1990-91 : 5).

En revanche, au Bangladesh, issu du Pakistan en 1970, où il y a très peu de médecins et d'infirmières, la connaissance contraceptive était proche de 100 % dès le début des années 1980 et la pratique contraceptive a fortement augmenté récemment (Barkat-e-Khuda, 1985). Il semblerait que ce soit le résultat à la fois de la politique du gouvernement, de l'implication des femmes dans le programme et du choix de l'avortement par aspiration avant la dixième semaine comme méthode contraceptive, qui se situe alors dans la continuité des pratiques traditionnelles pour amener les règles (Dixon-Mueller, 1993 : 173-174).

La politique égyptienne, qui permet officiellement d'accéder à la contraception à prix coûtant, a peu progressé depuis ses débuts : le nombre de dispensaires est passé de 2 300 en 1966 à plus de 3 000 en 1972, puis à 4 000 en 1980, mais il plafonne depuis autour de ce chiffre ce qui, vu l'accroissement de la population, équivaut à une diminution du taux de couverture par habitant, même si 70 % des villages sont couverts (Sayed, 1984) ; en outre, le service public ne fournit que 30 % des méthodes utilisées et 47 % des Égyptiennes n'ont eu aucun suivi pendant leur grossesse (DHS Égypte, 1992 : 64). En fait, les responsables ne sont nullement convaincus de la nécessité de mener une politique démographique, à la différence des travailleurs familiaux et de nombreux couples (Courbage, 1994). Le niveau de connaissance contraceptive est cependant satisfaisant avec 85 % des personnes connaissant la contraception (ONU, 1987 : 194-197).

Le programme thaïlandais, lancé dans les années 1970, doté d'une organisation et d'une logistique excellentes mais qui ne couvrait que 40 % de la population, a formé de nombreux volontaires villageois. Des associations privées l'ont efficacement secondé en menant des actions spectaculaires et en faisant appel aux traditions religieuses (inventant par exemple le slogan : « Bouddha n'avait qu'un enfant »). Mais il faut noter que la croissance économique et l'industrialisation ont favorisé une très forte demande de contraception, qui a même excédé l'offre des services de planification familiale et s'est largement réalisée à travers la stérilisation (Bennett *et al.*, 1990).

Le programme indonésien, lancé en 1970, a toujours eu un fort soutien du gouvernement et s'est appuyé sur les autorités locales, tant religieuses que politiques. La logistique du programme est formée de médecins, de dispensaires et d'équipes mobiles de contraception, de sages-femmes traditionnelles et de fonctionnaires de planification familiale chargés de visiter les villages, mais aussi, ce qui est plus original, de 240 000 groupes de « contracepteurs » volontaires chargés de motiver les non-pratiquants (Warwick, 1986). Ces groupes sont animés par des assistants-formateurs villageois volontaires, souvent le secrétaire du village ou l'épouse du chef de village (Benoit, 1995 : 272). En 1990, le nombre de médecins et d'infirmières reste assez faible (moins d'un pour 5 000 habitants), le pourcentage de grossesses suivies par du personnel qualifié est de 31 % et les dépenses publiques de santé sont les plus faibles de tous les pays considérés (0,7 %). C'est donc un programme assurant un bon accès à la contraception mais sans suivi médical ou infirmier sérieux, ce qui a des retombées néfastes sur la santé des femmes.

Le cas de la Chine est bien connu (Blayo, 1991 et 1992) : malgré le succès dans les années 1970 de la troisième campagne de limitation des naissances, fondée sur le retard de l'âge au mariage, l'espacement et la limitation des naissances, les autorités ont lancé la campagne de l'enfant unique en mobilisant les individus dans leur collectif de travail. Globalement, l'accès aux structures sanitaires est élevé, puisqu'il y avait à la fin des années 1980 un docteur pour 730 habitants. Cependant, c'est un pays immense et il y a de fortes disparités régionales : ainsi les dépenses de planification familiale variaient d'un à sept en 1971, date du début de la campagne de limitation des naissances (Poston et Gu, 1987). La prévalence contraceptive est très élevée (71 %) mais elle est réalisée essentiellement avec le stérilet et les stérilisations.

La politique du Vietnam ressemble par bien des aspects à celle de la Chine : après l'échec de la campagne de retard des premières naissances, d'espacement et de limitation, lancée dès 1960 dans le Nord, puis dès le début de la réunification en 1975 dans le Sud, le Vietnam a choisi de favoriser les familles d'un ou deux enfants depuis la fin de 1982. Le planning familial a été mis en place d'abord à Ho-chi-Minh ville puis dans les grandes villes, et enfin, par le biais d'équipes mobiles, dans les communes. Les méthodes proposées sont essen-

tiellement l'avortement et le stérilet. D'après *le rapport sur le développement humain* (ONU, 1994), le suivi des grossesses et des accouchements serait excellent (100 % !) mais, d'après d'autres sources, les coupes sombres effectuées dans le budget de la santé conduiraient le planning familial à manquer de personnel médical et paramédical ainsi que de médicaments. Le gouvernement voudrait développer le choix de méthodes (Barbieri, Allman, Pham et Nguen, 1995 ; ONU, 1994 : 167).

Le Mexique est passé en 1974 d'une législation nataliste à une politique de limitation des naissances (Cosio, 1994). Celle-ci a été menée essentiellement à travers le système de santé publique en développant de petites cliniques en milieu rural et en accordant, pour la contraception uniquement, l'accès à l'Institut mexicain de sécurité sociale aux non ayants droit. Désormais, la majorité de la population a accès à des dispensaires, dont les moyens varient certes beaucoup, et des médecins vont visiter les hameaux isolés. De plus, des sages-femmes traditionnelles ont été formées pour distribuer certains contraceptifs. Toutefois, la couverture médicale est défectueuse pour certaines populations indigènes marginalisées, comme le montre le fait que les mortalités maternelle et infantile varient du simple au triple entre groupe indigène (Fernandez Ham, 1993) ; ce qui rend assurément plus difficile l'accès à la contraception.

Au Brésil, l'accès à la contraception s'est réalisé sans politique explicite des gouvernements militaires, bien que certains auteurs argumentent que la reconnaissance officielle et le soutien d'organisations de planification familiale privées, notamment le « Benfam » qui a signé des conventions avec des États du Nord-Est, équivalait à une politique implicite de contrôle des naissances (Rossini, 1985). Le choix des méthodes contraceptives est très limité : 43 % des femmes utilisant une contraception étaient stérilisées en 1986. Le nouveau gouvernement élu en 1985 a abandonné l'approche traditionnelle de laisser-faire et a lancé un programme de soin intégral pour les femmes sous la pression des féministes, qui ont acquis des positions importantes dans les institutions (Dixon-Mueller, 1993). Toutefois, ce programme n'a réellement été mis en œuvre que dans les États du Sud et dans certaines métropoles, accentuant encore les énormes disparités qui caractérisent le Brésil. Une des conséquences de ce programme a été une diversification des méthodes là où il a été appli-

qué (ONU, 1988) alors que dans le Nordeste, en revanche, le poids de la stérilisation féminine s'est accru (Pesquisa sobre saude familiar no Nordeste Brasil, 1992: 14).

En Iran, la contraception avait été interdite jusqu'en 1961 ; puis, le Shah avait lancé un programme de contrôle des naissances, aboli après la révolution islamique de 1979 et réintroduit en 1988, après que le recensement de 1986 ait montré que la population était passée de 34 à 50 millions en dix ans. Même si l'âge légal au mariage des femmes, descendu à neuf ans pendant la période nataliste a été maintenu, le programme est fondé sur la diffusion de films, feuillets et affiches et la formation de nombreux propagandistes et auxiliaires médicaux, principalement féminins. Surtout, des dispensaires ont été mis en place dans tous les villages d'au moins 1 500 habitants : il y en aurait désormais un pour 2 700 habitants, ce qui est très inférieur à la situation chinoise. Malgré les efforts récents du gouvernement, l'Iran appartient donc aux pays à accessibilité moyenne (Shakeri, 1994 ; Afshar, 1989).

Le Nigeria n'a une politique démographique explicite que depuis 1989. Celle-ci se propose de fournir des services de planification familiale à tous et a comme objectif de limiter la descendance à quatre enfants par femme. Ce qui, dans le contexte d'une société polygynique, a été dénoncé comme discriminatoire par plusieurs associations de femmes, qui ont aussi critiqué le maintien explicite du pouvoir masculin sur la taille des familles (Dixon-Mueller, 1994). Pour le moment, l'accès aux services de santé est très limité et celui à la contraception quasi-inexistant (Okafor et Rizzuto, 1994).

Le Nigeria et le Pakistan sont les seuls pays où l'accès à la contraception est très difficile car le taux de connaissance contraceptive y était respectivement de 34 % et 26 % au début des années 1980 (ONU, 1988b), même s'il a augmenté dans ce dernier pays jusqu'à 78 % dix ans plus tard (DHS Pakistan, 1992: XIX). Or, on ne peut pas parler de choix lorsque le niveau de connaissances contraceptives est aussi bas. L'accès à la contraception est moyen au Bangladesh, en Inde, en Iran, au Vietnam et en Égypte. Il est bon, en Thaïlande et en Indonésie, résultat obtenu à travers des programmes peu médicalisés et même largement privés pour le premier pays, alors que le très bon résultat du Mexique et de la Chine s'appuie sur des programmes fortement médicalisés. Reste à préciser si la contraception n'est pas imposée plus que disponible dans les pays où elle existe.

Liberté ou contrainte ?

Ayant exclus les pays dont la politique démographique est faible ou moyenne et pouvant donc difficilement être coercitive (Brésil, Nigeria, Pakistan, Iran), il s'agit ici de distinguer les pays selon leur degré de liberté reproductive.

La politique du plus grand pays du monde se singularise non seulement par la limitation à un enfant mais aussi par le fait qu'il faut avoir une autorisation administrative pour procréer. La presse chinoise ou des reportages publiés à Hong Kong révèlent que des autorités locales, lorsque leur quota de naissances était dépassé, envoyaient la milice pour des avortements, y compris à sept mois dépassés, ou pour des stérilisations automatiques après une seconde naissance, ainsi que pour des insertions forcées de stérilets. Cette politique a eu des conséquences négatives pour le sexe féminin : avortements de fœtus féminins, abandons de fillettes, harcèlements contre les épouses jugées responsables des naissances féminines (Bianco et Hua, 1989 ; Greenhalgh et Li, 1995).

Un débat persiste quant à savoir s'il y a assouplissement ou non, notamment une acceptation du deuxième enfant à la suite des réformes économiques et de la résistance de la population. Ce ne semble pas être le cas en milieu urbain où le contrôle reste strict pour les parités supérieures à deux. De plus, l'existence de résistances ne contredit pas le caractère totalitaire du régime. En fait, la position d'Aird (1990), fondée sur l'étude de nombreuses directives locales, semble juste : la politique chinoise passe par des phases de durcissement et d'assouplissement mais n'évolue pas vers plus de démocratie. Aux excès de 1983 répondent ceux de 1990⁸.

Il faut ajouter que la politique chinoise a également un aspect eugénique puisque les personnes qui ont des maladies héréditaires ou congénitales peuvent, par exemple, ne pas avoir le droit de se marier (Schultz, 1985). L'universalité du mariage fait cependant penser que cette politique n'est guère appliquée.

⁸ Les résultats du recensement de 1990 ayant été jugés mauvais, des femmes ont été enlevées pour être stérilisées de force (*Libération* 13 sept. 1990 : 29).

La nature répressive ou non de la politique vietnamienne est également en débat. Selon des récits de réfugiés, dans les villes les cartes de rationnement des citoyens dépendent de leur obéissance à la norme des deux enfants, alors que dans les campagnes des miliciens et des agents de la sécurité locale accompagnent les brigades mobiles de planification familiale et obligent les femmes à se faire poser des stérilets (Lâm-Thân-Liêm, 1987; Banister, 1989). Selon Barbieri *et al.* (1995), les entretiens montrent que les Vietnamiens désirent moins d'enfants qu'ils n'en ont et que, s'il y a eu quelques abus, la politique n'impose pas la planification familiale. Selon Goodkind (1995), des villages du Nord imposent des pénalités allant d'un mois à un an de salaires en cas de parité supérieure à deux et accordent des primes en cas de stérilisation alors que les villages du Sud n'imposent pas de pénalités et ne favorisent pas de méthode. Faut-il penser que les réfugiés noircissent le régime en place ou s'interroger sur la fiabilité d'enquêtes menées obligatoirement avec l'aide d'interviewers du ministère de la population et de la planification familiale, ce qui a l'avantage, selon Goodkind, d'obliger les gens à répondre, mais « l'inconvénient » de produire des réponses « de complaisance », ce qui nuit quelque peu à la fiabilité des réponses ?

La situation est encore plus ambiguë dans d'autres États, notamment en Inde et en Indonésie. Ainsi, l'Inde a connu des périodes de coercition pendant l'état d'urgence de 1976-1977, ce qui a largement contribué à la déroute électorale du parti du Congrès. Le nouveau gouvernement s'est alors empressé de changer le titre du programme de planification familiale en « bien-être familial » et aucun gouvernement, même local, n'ose plus mener de politiques trop sévères. Toutefois, en Inde comme dans le reste du sous-continent indien, les programmes de planification familiale énoncent toujours des objectifs chiffrés, fonctionnent au paiement à l'acte (de la personne motivée, du motivateur, du médecin) ce qui ne manque pas d'entraîner une certaine corruption et bien des opérations inutiles (de personnes âgées par exemple) ainsi que de nombreuses pressions peu conformes aux droits de la personne humaine.

Le cas de l'Indonésie est également loin d'être clair. Si cet État n'a joué, ni sur la répression (sauf quelques cas), ni sur les incitations financières individuelles, il s'est en revanche largement appuyé sur le soutien des dirigeants politiques et religieux locaux et sur des groupes de contracepteurs. On peut donc s'interroger sur la contrainte

exercée par la communauté sur les individus ; ainsi, l'accès à des prêts gouvernementaux est souvent lié au niveau de contraception locale (Warwick, 1986 ; Hull, 1987 ; ONU, 1993 : 80).

En Thaïlande, l'accès à la contraception est généralisé et il ne semble pas y avoir de pressions gouvernementales sur la fécondité : la demande de contraception a précédé l'offre publique et l'a constamment dépassée.

Le Mexique, en revanche, a adopté en 1974 une politique démographique active visant une diminution de la fécondité même dans les groupes qui ne l'avaient pas entamé d'eux-mêmes. De nombreuses institutions publiques (média, éducation nationale, système de santé publique) sont mobilisées dans ce but. Au Yucatan (Gautier et Quesnel, 1993), tout le personnel médical doit évoquer la contraception aux patientes même si celles-ci viennent pour tout autre motif et elles peuvent ressentir une certaine pression médicale ; cependant, leur droit d'accès aux institutions de santé n'est pas remis en cause si elles n'obtempèrent pas. Les médecins ne sont pas payés à la stérilisation même si la menace du sous-emploi les conduit à défendre plus ardemment la contraception « moderne » que leurs collègues privés. Cependant, dans certains hopitaux du Nord, la pose de stérilet serait automatique après l'accouchement.

De plus, l'accent mis sur la stérilisation est propice à des dérives. Ainsi, une enquête menée par l'Institut de sécurité sociale indique que 5 % des patientes stérilisées ne savaient pas que cette opération est rarement réversible. Dans notre enquête menée au Yucatán en 1986-87 (Gautier et Quesnel, 1993), quelques patientes stérilisées avaient été mal informées ou l'avaient été sans leur accord, pour une nécessité médicale dont la pertinence est difficile à mesurer. En fait, on peut surtout reprocher aux institutions de santé de ne pas informer sur les effets secondaires et de ne présenter que les méthodes favorisées par l'institution (pilule pour le premier enfant, puis stérilet, et enfin ligature). La politique médicale a quand même l'avantage de présenter et de fournir gratuitement les méthodes contraceptives dans les endroits les plus reculés aux groupes les plus défavorisés. Cependant, au Yucatán du moins, les médecins du système public demandaient l'autorisation écrite du mari pour réaliser une ligature des trompes, ce qui est évidemment contraire au principe de la liberté reproductive, alors même que cette autorisation n'est pas exigible légalement.

Conclusion

Pour synthétiser ces données, on peut dire que les pays considérés peuvent être classés en trois groupes.

Certains pays n'ont pas de liberté reproductive, par absence de contraception (la façon ancienne de manquer de liberté reproductive) lorsqu'elle n'est pas légalisée ou, plus souvent, lorsqu'elle n'est pas accessible en l'absence de centres de santé qui la diffuseraient en même temps que d'autres services (Nigeria et Pakistan), mais aussi par imposition de la contraception (la façon moderne de limiter la liberté reproductive), notamment en Chine et au Vietnam. Vu la population de ces pays, c'est plus d'un milliard et demi de personnes qui sont concernées par l'absence de liberté reproductive.

L'Inde, le Bangladesh, l'Égypte, l'Indonésie et l'Iran (soit plus d'un milliard d'individus) ont une liberté reproductive réduite suite à un déficit de la diffusion et/ou à des accès d'autoritarisme.

Alors qu'en Thaïlande et au Brésil, le marché assure la liberté reproductive plus que l'État, seule la politique mexicaine accroît notablement la liberté de citoyens, encore qu'elle n'admette pas l'avortement et que le poids de la stérilisation puisse être présenté comme un signe de la faiblesse du choix réel offert aux femmes.

Cette conclusion nous mène donc loin des déclarations gouvernementales selon lesquelles les deux tiers de la population des pays en développement vivent dans des pays qui assurent un accès libre à la contraception. C'est dire que la liberté reproductive n'est le plus souvent qu'un alibi à des politiques de réduction de la fécondité, comme l'avaient critiqué les mouvements pour la santé reproductive (Correa, 1995). Actuellement, de nombreux gouvernements (notamment ceux de l'Indonésie, du Brésil, du Bangladesh, de l'Égypte, du Mexique et du Pakistan) revoient leurs politiques démographiques en fonction des engagements qu'ils ont pris au Caire (Sadik, 1995). Il dépendra de la pression exercée par ces mouvements que la liberté reproductive passe du statut d'utopie à celui de réalité...

Bibliographie

- AFSHAR H., 1989 —
« Women and reproduction in Iran ». *In* YUVAL-DAVIS N. et ANTHIAS F., eds.: *Woman-Nation-State*, Londres, Macmillan: 110-125.
- AIRD J., 1990 —
Slaughter of the innocents. Coercitive birth control in China. Washington, The AEI Press, 195 p.
- Banque mondiale, 1994 —
« Investir dans la santé ». *In*: *Rapport sur le développement dans le monde*, New York, Oxford University Press, 339 p.
- BANISTER J., 1989 —
Vietnam's evolving population policy. Communication présentée au Congrès international de la population, New Delhi, 20-27 septembre 1989, 1: 155-168.
- BARBIERI M., ALLMAN J., PHAM B.S., NGUYEN M.T., 1995 —
« La situation démographique au Viêt Nam ». *In*: *Population*, 50 (3): 621-650.
- BARKAT-E-KHUDA, 1985 —
« Family planning in Bangladesh ». *In*: *Asian profile*, 13 (2): 153-163.
- BENNETT A. et al., 1990 —
How Thailand's family program reached replacement level fertility: lessons learned; Population technical assistance project. *Occasional papers*, n° 4, 93 p.
- BIANCO L., HUA C., 1989 —
La population chinoise face à la règle de l'enfant unique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (78): 31-40.
- BLAYO Y., 1991 —
« Événements politiques et fécondité en Chine depuis 1950 ». *In*: *Population*, 46 (6): 1589-1616.
- BLAYO Y., 1992 —
Le contrôle de la fécondité en Chine populaire, efficacité des mesures administratives. Chaire Quételet, multigr.
- Brésil, 1992 —
Pesquisa sobre saude familiar no nordeste Brasil 1991. Rio de Janeiro/Columbia, Sociedade civil Bem-Estar familiar no brasil/Macro International inc., 247 p.
- CHAMIE J., 1994 —
« Trends, variations and contradictions in national policies to influence fertility ». *In* FINKLE J.L., McINTOSH C.A., *op. cit.*: 37-49.
- CLELAND J., ROBINSON W., 1992 —
« The use of payments and benefits to influence reproductive behaviour ». *In* PHILIPPS J.F. et ROSS J.A., *Family programmes and fertility*, Oxford, Clarendon press: 159-177.
- COSIO-ZAVALA M.E., 1994 —
Changements de fécondité au Mexique et politiques de population. Paris, L'Harmattan, 256 p.
- COURBAGE Y., 1994 —
« La politique démographique en Égypte ». *In*: *Population*, 49 (4-5): 1041-1055.
- DIXON-MUELLER R., 1993 —
Population policy and women's rights. Transforming reproductive choice. Westport, Praeger, 287 p.
- Egypt, 1993 —
Demographic and Health Survey 1992. Cairo/Columbia, National Population Council/Macro International inc., 317 p.

- ENTWISTLE B., 1989 —
« Measuring components of family program effort ». *In: Demography*, 26 (1): 53-77.
- FERNANDEZ HAM P., 1993 —
« La mortalidad infantil en la poblacion indigena ». *In: Demos*, n° 6: 12-13.
- FINKLE J.L., MCINTOSH C.A., eds., 1994 —
« The new politics of population. A Supplement to vol. 20 ». *In: Population and Development Review*, The Population Council, New York, 276 p.
- GAUTIER A., 1996 —
Les droits reproductifs. Communication au colloque « Le genre des droits ». Athènes, Diotima, 9-12 février.
- GAUTIER A., QUESNEL A., 1993 —
Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatán (Mexique). Paris, Orstom, 114 p.
- GOODKIND D., 1995 —
« Vietnam's one-or-two-child policy in action ». *In: Population and Development Review*, 21 (1): 85-111.
- GREENHALGH S., LI J. —
« Engendering reproductive policy and practice in peasant China: for a feminist demography of reproduction ». *In: Signs*, 20 (3): 601-641.
- HARTMANN B., 1987 —
Reproductive rights and wrongs. The global politics of population control and contraceptive choice. New York, Harper and Row, 367 p.
- HULL T., 1987 —
« Fertility decline in Indonesia: an institutionalist interpretation ». *In: International Family Planning Perspectives*, 13 (3): 90-95.
- India, 1995 —
National Family Health Survey (MCH and Family Planning) 1992-93, International Institute for Population Sciences, Bombay, 402 p.
- LAM-THAN-LIEM, 1987 —
« La planification familiale au Vietnam ». *In: Population*, 47 (2): 321-336.
- LAPHAM R., MAULDIN P., 1984 —
« Family planning effort and birthrate in developing countries ». *In: International Family Planning Perspectives*, 10 (4): 109-118.
- LARDINOIS R., 1979 —
« Les usages sociaux du planning familial en Inde ». *In: Population*, 34 (1): 183-188.
- LOCOH T., 1992 —
Condition de la femme et population. Le cas de l'Afrique francophone. Paris, Ceped, 116 p.
- MAULDIN P., ROSS J.P., 1991 —
Family planning programs efforts and results, 1982-1989. *Research divisions working papers*, n° 34, The Population Council, New York, 42 p.
- ONU, 1984 —
Rapport de la conférence internationale sur la population 1984. New York, 6-14 août 1984, 109 p.
- ONU, 1987 —
World population policies. New York, 3 vol.
- ONU, 1988a —
Case Studies in population policies: Brazil. New York, 42 p.
- ONU, 1988b —
World population trends and policies, 1987 monitoring report. New York, 411 p.
- ONU, 1992 —
Les femmes dans le monde, des chiffres et des idées, 1970-1990.

Statistiques et indicateurs sociaux, série k, n° 8, New York, 122 p.

ONU, 1993 —
World population policies, 1992 monitoring report. New York.

ONU, 1994 —
Rapport mondial sur le développement humain. Paris, Economica, 239 p.

OKAFOR C.B., RIZZUTO R.R., 1994 —
« Women's and health care providers' views of maternal practices and services in rural Nigeria ». In: *Studies in Family Planning*, 25 (6): 353-361.

Pakistan, 1992 —
Demographic and Health Survey 1990-1991. Islamabad/Columbia, National Institute of Population Studies/Macro International Inc., 292 p.

POSTON D., GU I., 1987 —
« Socio-economic development, family planning, and fertility in China ». In: *Demography*, 24 (4): 536-537.

RAMANANTHAN M., DILIP T.R., PDMADAS S.S., 1995 —
Quality of care in laparoscopic sterilisation camps: observations from Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, n° 6: 84-93.

RAVINDRAN S., 1993 —
Women and the politics of population and development in India. *Reproductive Health Matters*, n° 1: 26-38.

ROBINSON W. *et al.*, 1981 —
« The family planning programme in Pakistan: what went wrong? ». In: *International family planning perspectives*, 7 (3): 85-92.

ROGERS T. —
« Population growth and movement

in Pakistan ». In: *Asian Survey*, 30 (5): 446-459.

ROSSINI R.E., 1985 —
« La baisse récente de la fécondité au Brésil ». *Espaces, populations, sociétés*, 3: 597-614.

SACHEDINA Z., 1990 —
« L'Islam, la procréation et la loi ». In: *Perspectives internationales sur le planning familial*, numéro spécial: 25-29.

SADIK N., ed., 1991 —
Population policies and programs. Lessons learned from two decades of experience. New York, UNFPA, 464 p.

SADIK N., 1995 —
Les femmes, la population et le développement. *Population et sociétés*, n° 308: 1-2.

SATIA J.K., JEJEEBHOV S., 1991 —
The demographic challenge. A Study of four large Indian states. Bombay, Oxford University press, 268 p.

SAYED H., 1984 —
« The family population program in Egypt: structure and performance ». In: *Population Studies (Cairo)*, 11 (70): 3-38

SCHULTZ, 1985 —
Revue européenne des sciences sociales, 23 (69).

SHAKERI T., 1994 —
Les aspects socio-démographiques de la politique démographique actuelle d'Iran. Mémoire de DEA du département de sociologie de l'université de Paris X.

WARWICK D., 1986 —
« The Indonesian family planning programme: gouvernement influence and client choice ». In: *Population and Development Review*, 12 (3): 453-490.

ZANOU B., 1994 —
« Vers une politique de population
en Côte d'Ivoire. Une réponse
aux conséquences sociales de
la croissance démographique et
de la crise économique ». In KOFFI N.,
GUILLAUME A., VIMARD P., ZANOU B.,
eds.: *Maîtrise de la croissance
démographique et développement
en Afrique*, Paris, Orstom: 369-379.

ZURAYK H., YOUNIS N.,
KHATTAB H., 1994 —
« Comment repenser la politique
de planification familiale à la lumière
des recherches sur la santé
génésique ? ». In: « Population:
problèmes et politiques »,
*Revue internationale des sciences
sociales*, n° 141, Paris, Unesco,
Eres: 493-512.

Pays	Connaissance	Prévalence	ACC 1990	DEP 1990	Budget 1978	Accès 1978
Chine	—	1988: 71	—	2,1	1000	960
Inde	1980: 95	1988: 43	33	1,3	900	540
Indonésie	1988: 88	1987: 48	31	0,7	800	288
Brésil	1988: 98	1986: 66	83	2,8	400	224
Pakistan	1980: 26	1984: 8	24	1,8	400	104
Bangladesh	1983: 98	1989: 31	5	1,4	400	272
Nigéria	1981: 34	1989: 5	40	1,2	300	45
Mexique	1988: 91	1988: 53	94	1,6	800	600
Vietnam	—	—	100	1,1	600	366
Iran	1984: 94	1984: 33	33	1,5	100	11
Égypte	1988: 94	1989: 38	70	1	300	108
Thaïlande	1981: 100	1987: 68	47	1,1	400	200

Annexe
Indicateurs d'accès à la contraception et d'implication
gouvernementale.

Connaissance de la contraception à la date indiquée (ONU, 1988b: 77, sauf pour « 1988 »; enquêtes EDS 1986-1988, femmes 15-49 ans en union connaissant deux méthodes ou plus).
Prévalence: pourcentage de femmes en union d'âge reproductif utilisant la contraception (Sadik, 1991 pour les pays jusqu'au Bangladesh, puis ONU, 1988b).

ACC: accouchement par un personnel qualifié; accouchement par personnel qualifié (« Coverage of maternity care », Genève, OMS/FHE/89.2, cité par ONU, 1992: 67-70).

DEP: pourcentage du PIB/habitant consacré aux dépenses publiques de santé (Banque mondiale, 1994: 163-164.)

Budget national de planification familiale vers 1978, score maximal 1000 (Lapham et Mauldin, 1984).

Accès à la contraception vers 1978, score maximal de 1000; calculé d'après Lapham et Mauldin (1984).

Comportements de fécondité en situation prétransitionnelle

thème 2



Fondements socio-économiques de la fécondité chez les Mossi du plateau central (Burkina Faso)

Georges Guiella

Jean Poirier

De nombreuses études portant sur la migration au Burkina Faso, et s'inscrivant dans le cadre d'approches « historico-structurelles » (Coulibaly, 1986 ; Capron et Kohler, 1975 ; Gregory, Cordell et Piché, 1989 ; Gervais, 1990 ont bien documenté l'impact de la colonisation sur les communautés domestiques et le rôle de la migration dans les stratégies d'ajustement des ménages. Ces analyses ont malheureusement fait peu de place à la fécondité.

Contrairement à la migration et à la mortalité, la fécondité a été relativement peu étudiée au Burkina Faso. De plus, la majorité des travaux ayant abordé l'étude des déterminants de ce phénomène ont centré leur attention sur les variables intermédiaires, comme la stérilité (Retel-Laurentin, 1979), négligeant l'analyse des « déterminants lointains ». Les rares tentatives pour expliquer l'évolution de la fécondité ont privilégié une approche socioculturelle pour rendre compte de la stabilité des forts niveaux observés en milieu rural (Pool et Coulibaly, 1970).

Or, on assiste depuis le début des années 1980, à un renouveau des approches théoriques des déterminants de la fécondité dans les pays en développement dans le sens d'une meilleure prise en compte du

contexte institutionnel. Ce courant, qui privilégie des analyses en terme de « régime démographique » (Gregory et Piché, 1986 ; Lesthaeghe, 1989) ou de « système démographique » (Tabutin, 1988), appréhende la fécondité à travers plusieurs relations : au niveau des liens qu'elle entretient avec les autres phénomènes démographiques (nuptialité, mortalité, migration) ; dans le contexte de la dynamique de l'organisation sociale de la production ; et enfin, par rapport à l'importance stratégique du travail des femmes et des enfants dans un contexte de forte insécurité.

En Afrique, comme le soulignent Odile Franck et Thérèse Locoh (1990 : 527), « de nombreuses études de terrain [...] ont mis en valeur le rôle central des structures lignagères dans l'accès aux biens de production et donc à la sécurité. Dans cette optique, la fécondité devenait un enjeu de pouvoir et de sécurité individuelle et collective ».

Il convient dès lors d'essayer de dévoiler les contraintes et les stratégies des hommes et des femmes face à cet enjeu (Piron, 1990), et de montrer qu'une descendance nombreuse peut être un élément commun des stratégies des différents acteurs. C'est une telle démarche que nous appliquons ici aux populations du « Plateau mossi », au centre du Burkina Faso. Pour ce faire, nous tirons parti des recherches sur le terrain menées par des anthropologues, géographes, économistes, historiens et qui ont documenté différents aspects de l'organisation sociale et de la dynamique des systèmes agraires en pays mossi. Après avoir rappelé les contraintes environnementales auxquelles sont confrontées ces populations, nous esquisserons les grands traits de l'organisation socio-économique qui sous-tend la production et la reproduction en milieu mossi. Nous enchaînerons par l'exposé des conditions associées aux places qu'occupent les hommes et les femmes dans l'organisation sociale, les grands objectifs qu'ils poursuivent, les stratégies qu'ils mettent en œuvre, et la place de la fécondité dans ces stratégies. En conclusion, nous nous interrogerons sur l'éventualité de l'amorce d'une transition démographique sur le Plateau mossi, compte tenu des grandes tendances de la dynamique du système de production.

Le Plateau mossi : un environnement à risques

Au centre du Burkina Faso, le Plateau mossi est situé dans les zones agro-climatiques dites soudano-sahéliennes (pluviométrie allant de 600 à 800 mm par an) et soudanienne (pluviométrie de 800 à 1 000 mm par an), dont les limites peuvent varier. Ainsi, l'évolution des moyennes pluviométriques du poste météorologique de Gourcy au Centre-Nord montre une régression prononcée : autrefois soudanien, le climat est aujourd'hui sahélo-soudanien avec une pluviométrie à peine supérieure à 500 mm.

Les conditions pédologiques se caractérisent par la prédominance des sols ferrugineux tropicaux et des sols peu évolués, sur matériaux gravillonnaires en association avec des cuirasses ferrugineuses, en général fortement dégradés (Djiguemde *et al.*, 1987). Ces types de sols présentent dès lors des propriétés physiques et chimiques défavorables à l'agriculture : fertilité très limitée ; possibilités limitées d'enracinement des cultures ; sols halomorphes, extrêmement sensibles à la sécheresse.

À tout cela, il faut ajouter la dégradation continue du fait de l'action anthropique (coupe du bois de chauffe, pâturage, etc.) et de l'érosion éolienne, qui accentuent la nudité du sol. Cette nudité favorise à son tour le ruissellement des eaux qui emporte la maigre couche de terre fertile, laissant une cuirasse latéritique très sensible au phénomène de thermoclastie.

La production céréalière du Plateau mossi connaît un déficit chronique (Laman, 1988 ; Sawadogo et Larivière, 1993 ; Marchal, 1985). Dans le cas du Yatenga, Jean-Yves Marchal (1985 : 274) soutient que sur quatre années, on en compte une très mauvaise où les résultats sont catastrophiques ; une mauvaise, où la production ne satisfait pas les besoins ; une médiocre et une bonne, qui peuvent octroyer une quantité de grains jugée « satisfaisante », mais toujours insuffisante pour couvrir les besoins locaux¹.

¹ Selon les enquêtes réalisées en Pays mossi par l'IRD au début des années 1970, le degré d'autosuffisance en céréales des exploitations est variable selon les régions ; en moyenne de 41 %, il varie de 59 % à 13 % (Boutillier *et al.*, 1977).

Dans ce contexte la malnutrition protéino-énergétique constitue un problème de santé publique. Les chiffres du ministère de la Santé et de l'Action sociale concernant la province du Passoré, qui n'est sans doute pas la plus défavorisée, sont éloquentes : en 1987, 58 % des enfants âgés de 1 à 4 ans, 68,5 % des enfants de 5 à 10 ans et 80,5 % de ceux de 11 à 15 ans seraient atteints (Sawadogo et Larivière, 1993). Les services de santé sont sous-utilisés en raison du faible pouvoir d'achat des paysans et de la distance moyenne de 10 à 15 km séparant la plupart des villages d'une formation sanitaire disposant de personnel qualifié (Sawadogo et Larivière, 1993 : 68). Dans ces conditions, il n'est guère surprenant que la mortalité demeure à des niveaux élevés, surtout chez les enfants, même si elle a connu une relative baisse depuis les indépendances. Ainsi la mortalité infantile est passée de 182 ‰ au début des indépendances (1960) à 134 ‰ en 1985.

C'est dans un tel contexte que « lutte » la population du Plateau mossi, estimée en 1985 à 3 878 216 habitants repartis sur 13 provinces. D'environ 35 habitants au km² en 1960, la densité de population y est estimée à 54 habitants au km² au recensement de 1985. Depuis, cette densification s'est poursuivie puisque le Plateau mossi, couvrant seulement un tiers du territoire, abrite 60 % de la population burkinabé.

■ Le Plateau mossi : une organisation socio-politique et économique complexe et hiérarchisée

La société traditionnelle mossi est caractérisée par une forte hiérarchisation qui s'appuie sur une organisation en groupes de descendance patrilineaire, dont le fondement se trouve dans le lignage ou *buudu* en langue mooré. Dans cette société, les liens de parenté et d'alliance ont une très grande importance dans la vie de la communauté et sont des éléments fondamentaux qui entrent en jeu dans l'appropriation de l'espace.

Les lignages ou segments de lignage forment les villages, subdivisés en quartiers (*saksé*, *saka* au singulier), eux-mêmes composés de concessions (les *zaksé*, de *zaka*). Cette unité de résidence, qui compte

environ 9 personnes en moyenne, ne correspond pas toujours à une unité de production : « c'est l'habitude pour un groupement d'hommes et de femmes de travailler et de consommer ensemble la culture d'un « grand champ » de mil-sorgho (*pu-kasinga*) qui semble le critère le plus sûr de l'existence d'une exploitation » (Boutiller *et al.*, 1977 : 363). La grande majorité des *zaksé*, près de 90 %, comptent cependant une seule exploitation.

La terre est l'élément principal sur lequel s'appuie le contrôle du chef du patrilignage. Les conditions écologiques (appauvrissement des sols, sécheresses), économiques (incitations à faire des cultures de rente, par exemple), et historiques (transformation du mode de propriété de la terre, tendances démographiques) ont fait de l'accès à la terre une question cruciale et complexe.

Le droit foncier lignager n'est qu'un droit d'appropriation collective. La gestion du patrimoine foncier est du ressort du *tengsoba*, le chef de terre, qui est chargé de la distribution ou de la redistribution des terres aux lignages pour leur usage personnel (Konate, 1987). La terre ainsi attribuée à un lignage devient sa propriété et il en dispose comme il l'entend, en veillant au respect de la coutume qui veut que la terre soit inaliénable. Ce sont les hommes, en particulier les chefs d'unité domestique, de lignage, de quartier, qui détiennent les droits sur les terres.

Dans le cadre du système de production qui caractérise le plateau mossi, les chefs d'exploitation poursuivent trois grands objectifs économiques (Ouédraogo, 1992 : 155) :

- « – d'abord, assurer l'autosuffisance alimentaire, en particulier céréalière ;
- ensuite, dégager des surplus vivriers commercialisables ou pratiquer des cultures de rente susceptibles de procurer l'argent nécessaire à l'acquisition de biens marchands de consommation courante (sel, savon, sucre, etc.) ou de petit équipement ;
- enfin, « accumuler » sous forme de bétail, véritable « caisse d'épargne sur pied », dès que les surplus agricoles deviennent importants ».

Comme on le verra plus loin, le travail effectué par les femmes et les enfants constitue la clé de voûte de ce système de production.

Par l'institution du *pogsyuré*, les doyens des lignages et les chefs contrôlent la circulation des femmes. Il s'agit d'un système d'échange qui implique que la première fille de la femme donnée en mariage revienne au donneur de la femme ; le « destin matrimonial » de la fille est alors dans les mains du donneur de la femme et non du ressort de ses parents. Le *pogsyuré* met en relation plusieurs lignages à la fois qui deviennent redevables les uns vis-à-vis des autres en terme de circulation des enfants, surtout des filles.

Contraintes, stratégies des hommes et fécondité

Les chefs d'exploitation sont confrontés à des risques de plusieurs natures. Compte tenu des caractéristiques de l'environnement évoquées précédemment, les activités agro-pastorales s'effectuent dans un contexte de perpétuelle course contre le temps, où le moindre retard dans le calendrier agricole peut être fatal pour la survie du groupe. En effet, la concentration de la saison de culture dans la courte période de l'hivernage et l'incertitude quant à la répartition des pluies commandent que le paysan soit attentif aux caprices pluviométriques : « l'irrégularité du régime des pluies fait peser une double menace... Une menace à court terme : que les pluies soient peu abondantes ou mal réparties pour une hauteur totale « normale », et les récoltes sont médiocres ou mauvaises. Une menace à long ou moyen terme : la répartition du volume total des précipitations en quelques chutes d'eau massives et violentes est la principale cause du lessivage des pentes [...] » (Izard, 1985 : 4).

Compte tenu des conditions d'accès au crédit, de la fluctuation des prix et des aléas de la commercialisation, le risque est grand pour les producteurs d'être entraînés dans une spirale catastrophique de l'endettement dont il est difficile de sortir. Les institutions officielles n'ont prévu aucun mécanisme pour gérer de telles situations (assurance agricole, garantie bancaire, échelonnement des dettes, etc. ; Faure, 1993).

Dans un contexte où la vulgarisation agricole est inadaptée, la maintenance des équipements difficile et l'organisation du monde rurale encore rudimentaire, les chefs d'exploitation ont recours à des stratégies anti risques variées : le choix de l'extensif; la diversification des ressources et l'investissement hors de l'exploitation; la migration hors du Plateau, notamment vers les « terres neuves » de l'ouest du pays. Dans le cadre des objectifs de notre contribution, nous nous attarderons sur les deux premières, étant cependant entendu que ces stratégies sont inter-reliées².

Le choix de l'extensif

Le mode cultural du plateau mossi est caractérisé par son extrême extensification. Elle se traduit par la mise en culture de surfaces de plus en étendues à l'aide du défrichage de terres, autrefois en jachère, grâce à la technique dite de la culture itinérante sur brûlis. Il s'en suit une accélération de la dégradation écologique qui va de pair avec la multiplication des bouches à nourrir (Gervais, 1987).

Cette stratégie, qui trouve son fondement dans la dynamique du système socio-économique traditionnel mossi, a été renforcée à la fois par la politique coloniale³ et par le degré élevé d'incertitude et de confusion qui caractérise la gestion foncière actuelle.

Une double tendance sous-tend la dynamique des unités de production et de consommation au sein du système socio-économique mossi. Il y a d'abord une tendance permanente à la scission du *zaka* : presque à chaque fois qu'un homme se marie, il quitte le *zaka* pour construire

² L'étude des interactions entre la migration et la fécondité fait l'objet d'une recherche spécifique actuellement en cours.

³ Le rôle de la pénétration coloniale dans cette dynamique des modes culturaux a été bien synthétisé par Jean-Yves Marchal (1983 : 29) : 1) la capitulation a eu pour effet de faire éclater les anciens groupes de production et de permettre l'établissement de petites cellules sur toute l'étendue des terroirs ; 2) la demande des maisons de commerce (en coton et arachide) a participé à l'extension des surfaces cultivées et corrélativement à la dégradation du naturel des terroirs ; 3) l'organisation autoritaire des migrations dites de travail a eu pour effet de soustraire des villages les hommes les plus valides, au moment même où il aurait sans doute fallu sur place beaucoup de bras disponibles pour enrayer l'amorce des phénomènes d'érosion.

le sien. Moins forte, existe également une «tendance rassembleuse autour de certains chefs de *zaka* généralement âgés et/ou occupant une certaine situation prééminente au sein d'un patrilignage de personnes de différents sexes et de différentes générations (e.g. veuves de membres décédés du *budu* ; fils de fils ayant fait sécession)» (Boutillier *et al.*, 1977 : 363)⁴.

La première tendance, largement dominante, entrave la pratique d'une agriculture intensive qui nécessite de pouvoir disposer d'une force de travail familiale suffisante. À court terme, le choix de l'extensif est rationnel, car il minimise les risques par rapport à l'incertitude climatique et maximise le plus souvent la rémunération du travail agricole (Mathieu, 1990).

La gestion foncière actuelle des zones rurales est caractérisée par un degré élevé d'incertitude et de confusion des droits, ce qui encourage les stratégies d'anticipation et décourage l'investissement à moyen et long terme dans l'amélioration de la capacité productive de la terre. On assiste d'une part à une «insécurité croissante quant aux droits fonciers sur les parcelles abandonnées par les migrants» et d'autre part, à une intégration progressive au marché (Laman, 1988 : 32) qui remet en cause, notamment autour des villes, le principe de non-aliénabilité de la terre ; cela survenant dans un contexte de véritable compétition pour l'accès à la terre, aux ressources : «il s'agit d'occuper aujourd'hui et de façon immédiate les terres (ou de consommer les ressources) accessibles, avant que demain ces terres ou ces ressources ne soient plus disponibles parce que d'autres les auront appropriées de fait.» (Club du Sahel, 1993 : 9).

La diversification des activités économiques

Afin de réduire le risque lié à la production agricole, les chefs de ménages doivent de plus en plus recourir au marché. L'élevage, par la vente de produits animaux qu'il permet, contribue de façon crois-

⁴ Cette tendance s'accompagne, dans le cas du Yatenga, au nord du plateau mosi, d'un processus d'atomisation des unités domestiques traditionnelles, les *yija* (pluriel de *yiri*).

sante au revenu agricole des ménages. De même, la culture de saison sèche (« contre-culture ») se développe autour des périmètres irrigués.

De plus, la part des revenus issus d'activités non agricoles devient prédominante, car le seul recours à l'agriculture pour assurer l'alimentation des membres du ménage s'avère de plus en plus risqué (Sawadogo et Larivière, 1993). La pratique de l'orpaillage par les enfants, le petit commerce, l'élevage de petits ruminants s'inscrivent dans cette diversification des activités génératrices de revenu, qui implique dans plusieurs cas la migration. L'existence de ces ressources extra-agricoles sous-tend un mouvement de différenciation sociale croissante au sein de la paysannerie, marqué par des inégalités de plus en plus fortes dans l'accès à la terre (Mathieu, 1990).

Implications pour la fécondité

Pour les chefs d'exploitation, la mise en œuvre de ces stratégies exige de pouvoir disposer d'une force de travail familiale suffisante. En effet, l'extensification de la production vivrière et la dégradation des sols accentuent les besoins en main-d'œuvre dans la période de concentration des travaux champêtres. En l'absence d'un marché de travail salarié, la main-d'œuvre familiale garde toute son importance. Quelques études ont mis en évidence le net avantage dont bénéficient les ménages nombreux sur le plan de la production agricole (Singh, 1988). Selon Jean-Yves Marchal (1983 : 261), « Si tout le monde profite des mêmes pluies ou subit les mêmes sécheresses, passagères ou prolongées, les chances (de survie) ne sont pas égales pour tous, selon la disponibilité en main-d'œuvre des exploitations aux bons moments. Il suffit de un ou deux jours de retard dans les semis ou le premier sarclage pour que la production soit sinon compromise, du moins diminuée ».

La constitution d'une main-d'œuvre familiale adéquate passe par l'accumulation des femmes. En effet, dans cette région du Burkina les femmes fourniraient 65 % du temps de travail alloué à la production agricole dans les ménages ; elles assureraient 60 à 80 % de la production vivrière, 50 % de l'entreposage, 100 % du processus de transformation, 50 % de l'élevage et 60 % du commerce des biens de base (Singh, 1988 ; voir aussi Ancey, 1975).

Dans ce contexte, la polygynie joue un rôle crucial dans la capacité de mise en culture des terres : « families with relatively greater number of wives per head of households have been observed to be practicing a more diversified cropping pattern that allows them to grow cash crops which contributes to the family's cash income » (Singh, 1988 : 26). Michel Izard (1985) note à juste titre que l'accumulation des femmes n'a pas pour seul avantage d'accéder à une force de travail d'usage immédiat, aussi indispensable soit-elle. Elle permet également, par les enfants auxquels elles donnent naissance, d'accumuler une force de travail d'usage différé⁵. En effet, les enfants âgés de moins de 15 ans ont des journées plus chargées que les personnes âgées (Ancey, 1975). Le travail des enfants est en outre essentiel à l'élevage *qui s'avère* une source de revenu indispensable pour faire face à l'insécurité alimentaire. Une grande partie du temps de travail des enfants serait d'ailleurs consacrée à l'entretien et à la surveillance des animaux (Sawadogo et Larivière, 1993 ; Singh, 1988).

Outre l'accumulation de force de travail d'usage différé, le nombre d'enfants que les femmes mettent au monde représente également pour les aînés l'accumulation de valeurs d'échange matrimonial : « on travaille d'abord, on reçoit une femme ensuite ; il y a bien dette dans les deux sens, mais l'une d'elles est payée immédiatement et longuement, l'autre l'est immédiatement et ponctuellement » (Izard, 1985 : 523). Or, le contrôle qu'exercent les aînés sur l'accès aux femmes leur permet de garder le plus tard possible le contrôle du travail des cadets en retardant leur mariage et leur accession à l'autonomie économique (Boutillier *et al.*, 1977 ; Gruénais, 1985).

Les chefs d'exploitation et plus particulièrement les aînés ont donc tout intérêt à maximiser leur fécondité. Cela, d'autant plus qu'ils n'assument qu'une faible partie des coûts de leur entretien : en effet, malgré un revenu nettement supérieur, « les hommes ne semblent pas participer aux lourdes obligations financières des femmes, entre autres vis-à-vis de leurs enfants dont elles sont responsables à pratiquement tous les égards jusqu'à l'adolescence (entretien vestimentaire, scolaire ;

⁵ R. D. Singh (1988 : 18) exprime la même idée en termes économiques : « The demand for the number of wives is essentially a derived demand from a) the household's demand for wife's own labour services as farm worker, and b) the household's demand for child quantity which eventually provides another valuable source of labor ».

elles achètent aussi du savon, de la viande ou des condiments)» (Piron, 1990 : 46). Par ailleurs, le niveau très élevé de la mortalité infanto-juvénile contribue très clairement au maintien d'une forte fécondité (Singh, 1988).

La « production » d'enfants constitue donc pour les lignages, et pour ceux qui y occupent les positions de pouvoir, non seulement un enjeu démographique mais aussi, politique, économique et diplomatique (Piron, 1990 : 52). Dans ce contexte, on comprend que le capital-enfants soit plus lignager qu'individuel (Bonnet, 1988).

Mais comment s'exerce le pouvoir du groupe sur le comportement reproductif des femmes ? Comment la fécondité s'inscrit-elle dans leurs stratégies sociales, économiques et politiques ? En raison de quelles contraintes ?

Contraintes, stratégies des femmes et fécondité

Les femmes font face à de très fortes contraintes économiques. Leur statut foncier se résume, selon Monimart M. (1989 : 139), en trois mots : incertitude, insécurité, inégalité. Elles n'ont pas de contrôle sur la distribution des terres ; l'attribution d'un champ personnel (*beolga*, *beolsé* au pluriel) est le fait du mari après quelques années de mariage.

Ainsi, cultiver est à la fois une nécessité et une obligation pour les femmes (Marchal, 1986 : 450-451) : « dans un premier temps, chacune des épouses prépare le repas, chaque jour, pour elle et ses enfants, en puisant dans les greniers où se trouve la production de ses "*beolsé*". En plus, à tour de rôle (un jour sur deux environ), chaque épouse, toujours en prélevant sur sa propre récolte, prépare le repas du mari et de son jeune frère célibataire. Cette pratique se poursuit jusqu'à ce que les greniers des femmes soient épuisés ».

Pendant la saison sèche, au cours de laquelle elles ont relativement plus de temps, les femmes exercent d'autres activités qui leur procurent quelque argent : préparation et vente de la bière de mil, du beurre et du savon de karité ; filage de coton ; poterie ; vannerie, etc. (Bonou

et al., 1988). Mais, « même si elles obtiennent des revenus grâce à leur commerce, ils sont peu élevés, en tout cas moins élevés que ceux des hommes. En effet, on a vu que ces derniers sont en général propriétaires du champ familial (sur lequel les femmes travaillent aussi) et peuvent choisir de faire des cultures rentables (d'exportation); ils conservent ainsi, une fois remplies leurs obligations de fournir la quantité de mil nécessaire à l'unité domestique, les bénéfices, parfois appréciables, de ces cultures; étant donné la séparation des budgets, ils ne les partagent pas, sauf exception avec les femmes... » (Piron, 1990 : 45-46).

À ces diverses contraintes auxquelles doivent faire face toutes les femmes s'ajoute pour les cadettes – les jeunes mariées – une situation sociale très précaire que Marc-Éric Gruénais (1985 : 238) résume ainsi : « Instabilité, faible intégration dans la famille du mari, soumission totale aux “mères” du mari, dépossession de leurs enfants... ».

Plusieurs études ont mis en évidence la longueur et les difficultés de l'intégration de la nouvelle mariée dans la famille du mari. Tant qu'elle n'aura pas donné naissance à son premier enfant, les relations avec sa famille d'origine seront presque totalement interrompues. De plus, elle se retrouve entièrement soumise à ses « belles-mères ». Sa situation variera cependant selon la structure démographique du ménage et la place qu'elle y occupe :

« Si son mari est déjà marié, ce que la jeune femme doit endurer de la part de ses “belles-mères” sera partiellement compensé par la coopération et le soutien qu'elle peut trouver auprès de sa (ou ses) co-épouse(s), surtout si une de ses co-épouses est une “sœur”. Si le père du mari est encore en vie, la jeune femme sera certes totalement soumise à sa belle-mère mais elle aura au moins l'avantage de bénéficier d'une certaine sécurité matérielle du fait de sa participation à l'unité domestique du père de son mari. En revanche, lorsque la jeune femme est la seule épouse d'un cadet dont le père est décédé, elle se trouvera alors dans la situation la plus difficile à laquelle peut être confrontée une jeune épouse, d'autant plus que son mari sera parti en migration vers la Côte d'Ivoire. Elle sera alors non seulement soumise à l'autorité des épouses du frère aîné de son mari, qui joueront le rôle de “belle-mère”, mais elle devra, en plus, assurer, avec son mari ou seule si son mari est en Côte d'Ivoire, sa subsistance et celle de

ses enfants que ses « belles-mères » lui auront laissés » (Gruenais, 1985 : 237-238).

Cette forme de « dépossession » des nouvelles épouses de leur progéniture consiste à confier l'éducation des fils et des filles du lignage à de vieilles épouses mieux intégrées dans le lignage. Ainsi, « Le lignage de l'homme – par l'intermédiaire des sœurs et tantes paternelles du mari – marque sa légitimité sur l'enfant, de la grossesse de la femme au sevrage de l'enfant. Cette présence constante des sœurs et tantes paternelles du mari jusqu'au sevrage de l'enfant vise à rappeler à la mère la précarité de cette situation symbiotique » (Bonnet, 1988 : 23).

Face à ces contraintes, les femmes poursuivent deux grands objectifs : le premier consiste à s'assurer de la plus grande indépendance alimentaire possible ; le second, à améliorer leur situation de pouvoir au sein du lignage de leur mari.

La recherche de l'indépendance alimentaire

La recherche de l'indépendance alimentaire passe par l'attribution de parcelles de terre. En effet, tant que la femme ne dispose pas de sa propre production, les activités commerciales auxquelles elle se livre (comme la vente de plats cuisinés au marché) ne lui procureront que peu de bénéfices ; « en revanche, l'argent qu'elle pourra tirer de ses activités commerciales sera en quantité nettement plus substantielle dès qu'elle disposera d'un champ individuel » (Gruénais, 1985 : 239).

Les champs personnels font partie intégrante des stratégies féminines. En général, tôt le matin et tard le soir, c'est-à-dire avant et après les travaux dans le champ collectif (*pukansinga*) ou encore pendant le jour de repos hebdomadaire, la femme se consacre à son *béolga* où elle y cultive des céréales, des pois de terre, du *niébé* et des arachides. Ces produits, bien que vendus de temps à autre pour certains besoins monétaires, sont surtout destinés à renforcer la sécurité alimentaire de la maisonnée de la femme (surtout en cas de polygamie). Les femmes ont donc peu ou pas de contrôle sur leur propre production ; une fois celle-ci épuisée, elles dépendent entièrement du grenier collectif du chef d'exploitation pour leur alimentation et celle de leurs enfants. Jean-Yves Marchal (1986) observe à ce propos que les femmes vont ainsi chercher à se « débrouiller seules » en empruntant des

parcelles autres que celles accordées par leur mari, tendance que vient renforcer l'émigration des hommes.

L'amélioration de leur situation de pouvoir

Outre la poursuite de l'indépendance alimentaire, les femmes vont également chercher à améliorer leur situation de pouvoir au sein du lignage de leur mari : afin de pouvoir à leur tour « capter les enfants des jeunes épouses », profiter du travail des cadettes et s'assurer une place prépondérante dans la distribution du mil entre les co-épouses du chef d'exploitation. Pour cela, elles doivent s'appuyer sur l'importance des enfants en tant que force de travail et de valeur d'échange matrimonial pour le lignage de leur mari. À mesure qu'elles produiront des enfants, elles jouiront d'une position plus assurée dans le lignage de leur mari.

Implications pour la fécondité

Plusieurs phénomènes renforcent l'importance d'une forte fécondité dans les stratégies féminines. Comme pour les hommes, les risques élevés de mortalité infanto-juvénile incitent évidemment les femmes à réaliser une descendance suffisamment nombreuse.

Dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes et dans leur recherche d'une plus grande indépendance vis-à-vis des hommes, les femmes doivent miser sur l'aide que leur procureront les enfants tant en ce qui concerne les tâches domestiques (coupe et ramassage du bois, corvée d'eau, aide à la préparation des repas, garde des plus jeunes enfants, etc.), que les activités agricoles ou de petit commerce.

Sur le plan social, une nombreuse descendance conforte la position des femmes aussi bien dans le lignage de leur mari que dans leur lignage d'origine.

Plusieurs raisons se conjuguent ainsi pour que les femmes perçoivent positivement une forte fécondité dans le contexte de l'organisation socio-économique mossi, et en retirent des avantages. Dans le même temps, d'autres éléments pourraient contrebalancer cette perception, contribuer à une détérioration de la situation des femmes. On pour-

rait penser que de (trop) nombreux enfants peuvent fragiliser la situation matérielle des femmes : l'importance des charges domestiques correspondantes empêcherait les femmes de se consacrer à leurs champs personnels, accentuant ainsi leur dépendance alimentaire. Mais comme le suggèrent plusieurs travaux, la charge de travail domestique d'une femme relève davantage de la structure démographique de son *zaka* et de la place qu'elle y occupe que de sa descendance ; et son accès aux ressources du grenier collectif, essentielles à la survie du noyau familial de la femme et source de rivalité entre co-épouses, dépendra notamment du nombre d'enfants qu'elle a à charge (Marchal, 1986). En ce qui concerne l'impact négatif de nombreuses grossesses sur la santé des femmes et des enfants, il est « médiatisé » par les représentations culturelles du corps et de la maladie. Or, ce savoir rituel est fortement contrôlé par les aînés, hommes et femmes, du lignage ; lesquels ont justement le plus à gagner d'une forte fécondité des femmes du lignage...

Conclusion

En s'appuyant sur certaines études de terrain menées selon plusieurs perspectives disciplinaires en Pays mossi, on se rend compte qu'il existe beaucoup d'éléments qui permettent de comprendre pourquoi « la femme mossi vit dès sa puberté un cycle de reproduction non-interrompue » (Bonnet, 1988 : 40). Ainsi, le mode d'organisation socio-économique et politique des mossi, les contraintes qui en découlent tant pour les hommes que pour les femmes, les stratégies de survie mises en œuvre ainsi que le rôle que joue la forte fécondité dans ces stratégies apparaissent comme étant les fondements de la fécondité dans cette société.

Toutefois, il convient de relever aussi que la société mossi, dont les grands traits de l'organisation sociale ont été esquissés ici, est actuellement traversée par des processus de changements qui pourraient se répercuter sur son régime démographique, peut-être dans le sens de l'amorce d'une transition de la fécondité. La pression démographique croissante combinée à un mouvement de différenciation sociale qui s'appuie sur l'existence de revenu, d'activités non agricoles contri-

buent à court-circuiter les mécanismes traditionnels d'accès à la terre, pierre angulaire du pouvoir des aînés. Ces processus sous-tendent notamment la migration des cadets et la tendance à la disparition des champs personnels des femmes.

Dans la même lancée, les normes et valeurs telles que famille élargie, attachement au lignage, partage des charges, etc., qui jadis étaient encore vivaces, connaissent de nos jours un début de relâchement. Ces transformations en cours sont-elles annonciatrices d'une transition démographique prochaine ? On peut certainement penser ainsi pour une petite minorité. Mais pour la grande majorité, celle des ménages pauvres, ces transformations pourraient encore renforcer le rôle de l'enfant comme moyen de sécurisation sociale (à défaut d'économique) dans le futur.

Bibliographie

- ANCEY G., 1975 — « Milieux ruraux mossi. Aspects économiques » ; in *Enquête sur les mouvements de population à partir du pays mossi (Haute Volta)*, tome III. Ouagadougou, Orstom.
- BONNET D., 1988 — *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi*. Paris, Orstom, 138 p.
- BOUTILLIER J.L., QUESNEL A., VAUGELADE J., 1977 — « Systèmes socio-économiques Mossi et migrations ». *Cahiers des Sciences Humaines*, 14 (4) : 361-381.
- CAPRON J., KOHLER J. M., 1975 — *Migrations de travail et pratiques matrimoniales* ; in *Enquête sur les mouvements de population à partir du pays mossi (Haute Volta)*, tome II, les migrations de travail mossi. Ouagadougou, Orstom, 161 p.
- Club du Sahel, 1993 — *Le foncier et la gestion des ressources naturelles au Sahel ; in Conférence régionale sur la problématique foncière et la décentralisation*. Praia, 73 p.
- COULIBALY S., 1986 — « Colonialisme et migration en Haute Volta (1896-1946) », in D. Gauvreau et al. (eds.), *Démographie et sous-développement dans le Tiers-Monde*. Montréal, McGill University : 73-110.
- DJIGUEMDE A. et al., 1987 — « Les sols du Plateau Mossi », in *Le secteur agricole du Plateau Mossi au Burkina Faso*. Ouagadougou, Agrisk : 47-78.
- FAURE G., 1993 — « Mécanisation, productivité du travail et risques : le cas du Burkina Faso », in *Séminaire SFER sur les revenus agricoles*, Montpellier, 18 p.
- FRANK O., LOCOH T., 1990 — « Population et développement en Afrique : la transition démographique

dans l'impasse et les femmes au bord de la route », in H. Gerard (éd.), *Intégrer population et développement*. Chaire Quételet 1990, Louvain-la-Neuve et Paris, Academia et L'Harmattan : 527-540.

GERVAIS R., 1987 —
« Creating Hunger : Labor and Agricultural Policies in Southern Mossi », in J.W. Gregory et D.D. Cordell (éds.), *African Population and Capitalism*, Boulder, Westview Press : 109-121.

GERVAIS R., 1991 —
« Le foyer à deux pierres : Production agricole et gestion de la force de travail. Perspectives historiques », in F. Gendreau, C. Meillassoux, B. Schlemmer, M. Verlet (éds.), *Les spectres de Malthus*. EDI-Orstom-Ceped : 247-272.

GERVAIS R., 1990 —
Population et politiques agricoles coloniales dans le Mossi, 1919-1940, thèse de doctorat, université Paris VII.

GREGORY J., PICHE V., 1986 —
« Démographie, impérialisme et sous-développement : le cas africain », in D. Gauvreau *et al.* (éds.), *Démographie et sous-développement dans le Tiers-Monde*, Montréal, McGill University : 11-46.

GREGORY J., CORDELL D., PICHE V., 1989 —
« La mobilisation de la main-d'œuvre burkinabé, 1900-1974 : Une vision rétrospective », *Revue canadienne des études africaines*, vol 23, n° 1.

GRUENAI M.- E., 1985 —
« Aînés, aînées ; cadets, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les Mossi du centre », in M. Abelès et C. Collard (éds.), *Âge, pouvoir et société en Afrique noire*. Karthala, Presses de l'Université de Montréal. 219-245.

IZARD M., 1985 —
Gens du pouvoir, gens de la terre, Paris et CambridgeCambridge University Press.

KONATE G., 1987 —
« Structures et organisation sociale mossi », in (éds.?) *Le secteur agricole du Plateau Mossi au Burkina Faso*, Agrisk, Ouagadougou. 5-19.

LAMAN M., 1988 —
La dynamique du système agraire sur le Plateau Central au Burkina Faso, un bilan des recherches existantes, Cedres/Agrisk, Université Libre d'Amsterdam.

LESTHAEGHE R., 1989 —
« Production and Reproduction in Sub-Saharan Africa : An Overview of Organizing Principles », in R. Lesthaeghe (éd.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press : 13-57.

MARCHAL J.-Y., 1977 —
« Système agraire et évolution de l'occupation de l'espace au Yatenga (Haute Volta) », *Cahiers des Sciences Humaines*, vol. 14, n° 2, Paris, Orstom : 141-149.

MARCHAL J.-Y., 1983 —
Yatenga. Nord Haute Volta. La dynamique d'un espace rural soudano-sahélien, Paris, Orstom, 873p.

MARCHAL J.-Y., 1985 —
« La déroute d'un système vivrier au Burkina. Agriculture extensive et baisse de production », *Études rurales*, n° 99-100, juillet-décembre : 265-280.

MARCHAL J.-Y., 1986 —
En Afrique soudano-sahélienne : la course contre le temps. Rythme des averses et forces de travail disponibles, Paris, Orstom.

- MATHIEU P., 1990 —
« Population, environnement
et enjeux fonciers des politiques
agricoles : le cas des pays du
Sahel », in H. Gerard (éd.), *Intégrer
population et développement*,
Chaire Quételet 1990,
Louvain-la-Neuve et Paris,
Academia et L'Harmatan : 433-448.
- MONIMART M., 1989 —
*Femmes du Sahel. La désertification
au quotidien*, Paris, Karthala
et Club du Sahel, 263 p.
- QUEDRAOGO D., 1992 —
« Transferts de population et
changements de rôles de la femme
au Sahel », *Cahiers québécois
de démographie*, vol. 21, n° 1 :
151-166.
- PIRON F., 1990 —
*Le pouvoir des femmes au Sahel :
analyses et discussions*, Québec,
Centre Sahel, 65 p.
- POOL I., COULIBALY S., 1970 —
*démographique transition and cultural
continuity in the Sahel : aspects
of the social demography of
Upper Volta*, Insitution, lieu, 287 p.
- RETEL-LAURENTIN A., 1979 —
*Causes de l'infécondité dans
la Volta Noire (Mouhoun)*, Paris,
Presses universitaires de France,
100 p.
- SAWADOGO K., LARIVIERE S., 1993 —
*Caractéristiques socio-économiques
et stratégies des ménages en matière
de sécurité alimentaire dans la
province du Passoré*, CEDRES/Laval,
Ouagadougou.
- SINGH R.D., 1988 —
*Economics of the family and farming
systems in sub-saharan Africa*,
Boulder, Westview Press, 210 p.
- TABUTIN D., 1988 —
*Population et sociétés en Afrique
au Sud du Sahara*, Paris, L'Harmatan,
551 p.

Déséquilibre agricole et comportements démographiques des ménages

Le cas du Sud-Est Togo

Kokou Vignikin

En raison des difficultés à étendre les surfaces cultivées et à accéder aux moyens d'intensification, les ménages agricoles du Sud-Est Togo sont aujourd'hui confrontés à une grave détérioration de leur capacité à subvenir convenablement à leurs besoins de subsistance économique. Pour réagir contre cette détérioration, la plupart d'entre eux mettent en œuvre des stratégies d'ajustement que l'on peut schématiquement regrouper en deux catégories.

Certains ménages cherchent à augmenter le volume de leur production, soit en accédant – par le biais de la location – à des terres non familiales, soit en procédant à un changement de cultures ou de techniques culturales. Cette option d'ajustement permet certes d'adapter les ressources de subsistance à la taille du ménage, mais elle se heurte à de nombreux impondérables, notamment la rareté des terres, leur morcellement, l'exiguïté de la plupart des exploitations, la difficile accessibilité aux crédits agricoles, la déficience de l'encadrement technique, etc.

L'autre alternative consiste à adapter la taille du noyau résident du ménage aux ressources disponibles en transférant – par le biais des émigrations – certains membres vers les secteurs urbains. Cette seconde option est largement privilégiée par les ménages de la région. Curieusement, ceux-ci lui associent une descendance nombreuse justi-

fiée par la nécessité d'envoyer un nombre important de membres dans les circuits migratoires tout en maintenant sur place un noyau domestique appréciable.

Nous nous proposons ici de décrire en quoi les transformations historiques subies par le mode de production agricole du Sud-Est ont contribué à induire des blocages dans l'accès aux moyens de production, et comment les ménages en sont progressivement arrivés à adopter des stratégies de survie axées sur l'émigration des jeunes et le maintien d'une fécondité élevée. Après une présentation sommaire du Sud-Est Togo, nous décrirons l'évolution du système de production de la région ; puis, nous analyserons successivement les stratégies de forte fécondité et de transfert intense des membres des ménages vers les secteurs économiques non agricoles.

Brève présentation du Sud-Est Togo

Avec une population d'environ 500 000 habitants¹ et une superficie de 2 620 km², le Sud-Est constitue l'une des régions les plus densément peuplées du Togo. Son économie, principalement axée sur l'agriculture vivrière – maïs, manioc et produits maraîchers – lui confère l'appellation de « grenier du Togo ». En raison de la forte pression démographique sur les terres agricoles, la taille moyenne des parcelles cultivées n'excède guère 1,3 hectares par ménage. Les femmes exercent la quasi-totalité des activités liées à la transformation et à la commercialisation des récoltes réalisées par les hommes. Leurs activités s'intègrent habituellement dans plusieurs réseaux commerciaux dont deux prédominent nettement : le premier opère vers les centres urbains, notamment vers la capitale Lomé ; le second, à travers les marchés périodiques de la région. De ce fait, le Sud-Est est considéré comme une région fortement intégrée aux rapports marchands.

Les travaux réalisés sur la région montrent que les comportements démographiques actuellement observés dans les ménages découlent

¹ La population du Sud-Est est principalement constituée de Mina et de Ouatchi. Les premiers s'occupent principalement de pêche et de commerce ; les seconds sont surtout des agriculteurs.

directement des mutations intervenues dans l'organisation sociale de la production. Ces mutations auraient, selon certains auteurs, engendré des blocages tant au niveau de l'accès à la terre qu'au niveau du contrôle de la production, et induit la rationalité sociale actuelle qui s'articule autour d'une descendance nombreuse (Mignot, 1981 ; Locoh, 1984) et d'une forte émigration des jeunes hors de la région (Le Bris, 1976 ; Ekouévi, 1986).

L'évolution du mode de production agricole dans le Sud-Est Togo

Contrairement à l'hypothèse de cohésion des sociétés précapitalistes avancée par certains anthropologues (Meillassoux, 1975), il convient de voir dans l'organisation lignagère de la production agricole des sociétés africaines certaines dispositions favorables à l'apparition de tensions sociales. L'objet de cette partie est de décrire les aspects saillants de ces dispositions pour le cas précis du Sud-Est Togo. Cette description se base, pour l'essentiel, sur une synthèse des entretiens qualitatifs menés auprès des notables dans le cadre des enquêtes Popres² et Emirt³, mais aussi sur certains résultats des travaux ethnographiques réalisés sur la région (Pazzi, 1973 ; Mignot, 1981).

Dans le Sud-Est Togo, l'organisation précapitaliste de la production se caractérisait par une appropriation collective de la terre, du travail et de la production qui était redistribuée sous forme prestataire aux groupes domestiques. Mais la répartition des terres entre les familles⁴ d'un même lignage était loin d'être égalitaire. Les domaines les plus

² L'enquête « Population et ressources » a été réalisée en 1981 par l'Unité de recherche démographique de l'université du Bénin à Lomé.

³ L'« Enquête sur les migrations rurales au Togo » a été réalisée en 1988 dans 8 localités rurales du Sud-Togo par l'Unité de recherche démographique.

⁴ La famille représente ici une structure qui rassemble dans une même concession ou sous une même tutelle, de multiples ménages apparentés, répartis sur plusieurs générations et selon plusieurs lignes collatérales par rapport à un ancêtre commun.

vastes appartenait généralement aux familles proches de la chefferie alors que les familles plus « ordinaires » voyaient leur part de terres limitée à la portion congrue.

À l'intérieur des familles, l'organisation de la production reposait sur deux principes fondamentaux : la hiérarchie et le service (Mignot, 1981). La hiérarchie créait les classes sociales en soumettant chaque ménage à une relation d'ordre alors que le service créait la production. Si le caractère discriminant de la hiérarchie rendait compte du contrôle et du sens de transfert de la production, le service en symbolisait le mode de création. Mais les deux caractéristiques, bien que liées, présentaient des fondements différents. La hiérarchie avait pour vecteur le pouvoir, un pouvoir conféré par des facteurs aussi divers que l'âge, le niveau d'instruction, le nombre de dépendants, etc. ; alors que le service, base de l'organisation sociale du travail, établissait des obligations de prestation sur le double plan horizontal et vertical.

En pratique, chaque famille possédait un domaine foncier que le chef de famille avait pour mandat de distribuer aux chefs de ménage⁵. Mais les chefs de ménage ne jouissaient que d'un droit d'exploitation sur les terres familiales. Ce droit, qui leur était concédé par le chef de famille, était en général basé sur des critères dont l'objectivité était laissée à l'entière discrétion de ce dernier. Dès lors, même si les champs placés sous l'autorité du chef de famille étaient relativement vastes, celui-ci ne consentait à répartir entre les ménages sous son autorité, qu'une partie du domaine familial. Cette pratique obligeait ainsi les membres actifs de ces ménages à travailler sur les champs collectifs⁶ dont la récolte servait surtout de production d'appoint aux ménages nécessiteux.

Chaque ménage du groupe familial était ainsi placé sous l'entière dépendance du chef de famille et ne pouvait se soustraire de sa tutelle pour former un groupe indépendant, car la terre requise pour réaliser cette indépendance lui serait simplement retirée. Ce contrôle de l'accès à la terre par les détenteurs de pouvoir, en développant chez leurs

⁵ Le ménage représente un groupe de personnes apparentées qui vivent dans le même logement sous l'autorité du chef de ménage.

⁶ C'est-à-dire la partie du domaine familial non affectée à l'usage privé des ménages.

subordonnés le sentiment d'être de perpétuels assistés, faisait couvrir des tensions plus ou moins graves. Toutefois, ces tensions ne portaient que peu préjudice à l'équilibre du système social, puisque la production réalisée sur les champs collectifs parvenait toujours à suppléer à l'insuffisance de la production réalisée à l'échelle des ménages.

Avec la colonisation, une logique d'accumulation a rapidement émergé dans le Sud-Est et n'a pas tardé à faire éclore les tensions sociales latentes. L'avènement de la colonisation étant associé à l'introduction de la monnaie, à l'apparition du salariat, à l'introduction des cultures de rente et à la levée de la taxe civique, ces nouveaux paramètres vont contribuer à déstructurer les deux principes de base de l'organisation sociale.

La pénétration coloniale a eu pour effet d'engendrer de nouveaux besoins. La satisfaction de ces besoins imposait de disposer d'un numéraire qui ne pouvait provenir que de la mise sur le marché du surplus de la production réalisée sur une base collective. Or, en raison des structures sociales, seuls les contrôleurs de ce surplus, c'est-à-dire les chefs de lignage et les chefs de famille, parvenaient à satisfaire leurs besoins et à se procurer les biens de prestige. Qui plus est, le « détournement déguisé » de la production collective par les détenteurs de pouvoir se doublait d'une certaine rigidité dans la distribution de nouveaux droits d'exploitation aux ménages susceptibles d'y avoir droit. Les détenteurs de pouvoir voyaient clairement leur avantage à affecter les terres encore sous leur contrôle à la culture de produits destinés à la vente⁷. Cette situation, à laquelle venait s'ajouter le besoin pour de nombreux chefs de ménage de disposer de numéraire pour acquitter leurs obligations fiscales, a ouvert la voie à de graves litiges politiques dans les groupes sociaux de la région et favorisé conséquemment la conversion des droits d'exploitation en actes de propriété. Déclenché dans une perspective d'indépendance des ménages, le processus n'a d'ailleurs rencontré qu'une faible résistance de la part des détenteurs de pouvoir, qui y voyaient une opportunité d'officialiser la transformation des terres encore sous leur contrôle en propriétés privées.

⁷ Notamment les produits à rente élevée comme le palmier à huile, le café ou le cacao.

Suite à ce processus de conversion des droits d'exploitation en actes de propriété privée, va alors s'établir le système de production de type domestique. De nombreux ménages ont cependant pâti de la transition ; en particulier ceux qui n'étaient pas encore détenteurs de droits d'exploitation et ceux qui en avaient un, mais dont l'étendue des terres était trop petite pour permettre une subsistance convenable de leurs membres en l'absence de l'aide d'appoint que constituaient naguère les récoltes réalisées sur les champs collectifs. Va ainsi apparaître une classe de ménages défavorisés dont la taille d'exploitation, désormais immuable, suffit à peine à répondre aux besoins économiques de l'ensemble de leurs membres. Par ailleurs, le nouveau système de production imposait indirectement aux parents de doter leurs descendants – ceux du sexe masculin notamment – de parcelles devant leur permettre de fonder leur propre ménage. Il résultera de cette obligation sociale un démembrement du patrimoine foncier domestique et par la suite, un besoin généralement ressenti de le freiner en orientant certains membres vers les emplois urbains.

En somme, les tensions dans les rapports sociaux et l'avènement de la colonisation ont concouru à engendrer le besoin de « transférer » certains membres des ménages exploitants de la région vers des activités non agricoles. Avec l'indépendance acquise en 1960, la mise en application de plans successifs de développement et une crise économique qui n'en finit pas, le processus de transfert n'a fait que s'intensifier.

La descendance nombreuse : un moyen d'alimenter les réseaux migratoires

Le tableau 1 fait état des descendance moyennes obtenues lors de quelques enquêtes réalisées dans la région. En admettant que l'âge réel des femmes et leur âge au mariage soient peu entachés d'erreur et que les résultats des modèles d'estimation utilisés soient acceptables et comparables entre eux, il apparaît que la fécondité cumulée à 50 ans pour les femmes en première union oscille entre 7 et 7,7 enfants

Groupe d'âges	EFSE (1976)	POPRES (1981)	EMIRT (1988)	FASMIR (1993)
15-19	0,37	0,64	1,44	0,50
20-24	1,74	1,78	3,08	1,76
25-29	3,39	3,52	4,63	3,51
30-34	4,80	4,92	6,02	5,08
35-39	5,96	6,05	7,15	6,29
40-44	6,64	7,22	7,21	6,95
45-49	6,99	7,69	7,34	7,19

Sources : Enquête EFSE 1976 (Locoh, 1984 : 94) ; Enquête Popres 1981 (Vignikin, 1987 : 84) ; Enquête Emirt 1988 (Vignikin, 1992) ; Enquête Fasmir* 1993 (Vignikin et Kouwonou, 1993).

* Notons cependant qu'une spéculation sur les tendances de la fécondité n'est réellement crédible que dans le cadre d'une analyse par génération, c'est-à-dire une analyse longitudinale rétrospective des descendance.

Note : Les descendance moyennes issues des enquêtes EFSE et Popres ont été obtenues à partir des taux de fécondité par âge tandis que celles qui proviennent des enquêtes Emirt et Fasmir réfèrent à des taux de fécondité légitime par âge.

Tableau 1

Descendance moyenne calculée pour chaque groupe d'âges ; comparaison de diverses enquêtes.

dans la région. Ce niveau de fécondité est remarquable. La comparaison des résultats de l'enquête Fasmir avec les descendance moyennes du moment issues des enquêtes EFSE 1976 (Locoh, 1984), Popres 1981 (Vignikin, 1987) et Emirt (Vignikin, 1992) fait état d'une stabilité à un niveau élevé des indices de fécondité. Si l'on écarte les deux premiers groupes d'âges pour lesquels la comparaison entre la fécondité générale et la fécondité légitime est hasardeuse, il ressort de la comparaison que les descendance moyennes des femmes sont proches d'une enquête à l'autre. Pour autant que les indices du moment puissent refléter la fécondité réelle, ce constat confirme le conservatisme des comportements dans le Sud-Togo. Ce maintien de la fécondité à un niveau élevé qui s'étend d'ailleurs à nombre de populations rurales africaines, suscite de l'intérêt non seulement au sein de la communauté des démographes mais aussi chez les économistes.

La persistance de la fécondité élevée en milieu rural fait l'objet de deux visions explicatives dominantes, dont nous nous proposons à présent de confronter les cadres d'interprétation aux réalités observées dans le Sud-Togo.

La thèse néo-malthusienne

Au centre de l'interprétation néo-malthusienne de la descendance élevée, se trouve la question de l'absence de contrôle de la fécondité. Pour les néo-malthusiens, le maintien de la fécondité élevée en milieu agricole s'explique principalement par une absence de moyens dont l'utilisation aurait permis aux ménages de contrôler leur descendance (Page, 1988). Dans la population observée, on relève en effet que moins de 1 % des femmes recourent à la contraception moderne ; mais presque toutes utilisent des méthodes traditionnelles comme l'allaitement prolongé au sein et l'abstinence pour réguler leur fécondité. La thèse du manque de moyens contraceptifs qui, au demeurant, ne confère aucune rationalité sociale à la fécondité élevée se réduit ainsi à une vision très occidentale de la notion de « contrôle de la fécondité ». Cette vision nous paraît d'autant plus discutable que, dans l'enquête Emirt, 43 % des enquêtées âgées de 50 ans et plus se déclarent satisfaites de leur descendance et que 55 % d'entre elles auraient souhaité avoir plus d'enfants. Ces déclarations incitent donc à voir dans le maintien de la fécondité élevée la concrétisation d'un choix social, dont seule la compréhension peut aider à élaborer une politique efficace d'amorce de la transition démographique en milieu agricole africain.

La thèse des flux nets de ressources

La théorie des flux nets de ressources intergénérationnels élaborée par Caldwell (1981) se confond parfois avec celle des coûts et bénéfices économiques procurés par les enfants. La seule différence entre ces deux théories réside dans le fait que celle des flux nets passe sous silence la variabilité des coûts selon le rang de l'enfant.

La théorie des flux nets de ressources distingue schématiquement deux types de sociétés. Dans le premier, les enfants fournissent au cours de leur vie davantage de ressources économiques à leurs parents qu'ils n'en reçoivent d'eux ; les parents ont alors avantage à ne pas limiter leur fécondité et celle-ci reste élevée. Dans le second type de société, les flux nets de ressources économiques profitent plutôt aux enfants ; les parents ont ici tout intérêt à désirer une fécondité réduite.

Le processus qui permet de passer du premier type de société au second est donc entièrement déterminé par le sens que prend le flux cumulatif des ressources. Il faut par conséquent attendre que les flux cessent d'être à l'avantage des parents pour voir s'amorcer une véritable baisse de la fécondité dans les sociétés agricoles. Selon Caldwell, les facteurs susceptibles d'inverser les flux nets de ressources sont : la généralisation de l'instruction, l'instauration d'un revenu garanti, l'influence culturelle occidentale, etc. Ces facteurs auront pour effet d'égaliser la consommation à l'intérieur du ménage et d'affaiblir les contraintes morales des membres vis-à-vis de la collectivité.

La meilleure façon d'évaluer ce cadre d'interprétation de la fécondité élevée est de le confronter à la réalité. D'abord, si l'on se fie aux résultats des enquêtes EFSE (Locoh, 1984), Popres (Vignikin, 1987), Emirt (Vignikin, 1992) et Fasmir (Vignikin et Kouwonou, 1993), moins de 30 % des enfants en âge de travailler aident directement leurs parents sur les exploitations. Ensuite, en dépit des charges financières que font peser l'écolage et la mise en apprentissage des enfants, les parents n'hésitent pas à les retirer de l'activité agricole et à les intégrer dans ces circuits sous prétexte que leur avenir n'est pas dans l'agriculture. Par ailleurs, très peu de parents déclarent recevoir, sur une base régulière, des subsides en provenance de leurs enfants. À en croire les mères interrogées, les flux de ressources à l'intérieur de la fratrie seraient beaucoup plus importants que ceux dont profitent les parents.

Ainsi, en dépit de la raréfaction de certains flux de ressources dont profitaient jadis les parents, leur fécondité ne semble pas amorcer la baisse prévue. Une part importante de ce conservatisme est imputable à la possibilité qui s'offre à eux de faire supporter aux enfants aînés la charge des cadets. Le tableau 2, relatif à la prise en charge des enfants selon l'âge de la mère, illustre bien ce propos : en moyenne, 15 % des enfants dont les mères biologiques devraient théoriquement avoir la charge, sont entretenus par des personnes autres.

Une des faiblesses de la théorie de Caldwell est d'omettre de prendre en considération le fait que l'inversion des flux de ressources puisse s'accompagner d'une série de calculs probabilistes qui amènent les parents à maintenir leur niveau de reproduction, en dépit des charges croissantes de subsistance et de formation qu'un nombre élevé d'en-

Groupe d'âges des mères	Enfants nés vivants	Enfants survivants	Nombre moyen enfants à charge	Enfants à charge avec leur mère
20-24	2,08	2,00	1,58	1,50
25-29	4,20	3,53	2,87	2,63
30-34	5,97	4,77	3,19	2,88
35-39	6,80	5,36	2,69	2,27
40-44	6,89	5,37	2,39	2,00
45-49	7,39	5,64	2,00	1,58
50-54	7,80	5,81	1,23	1,00
55 et +	8,20	5,71	0,66	0,50
Ensemble	—	—	2,07	1,79

Source : enquête Popres 1981 (Vignikin, 1987).

Tableau 2
Prise en charge des enfants
selon le groupe d'âges des mères.

fants font peser sur eux. Les calculs probabilistes découlant de cette logique sociale peuvent être schématisés de la manière suivante. Puisque, en raison de la faible dimension des exploitations, l'agriculture n'est plus capable d'absorber la totalité des actifs du ménage, une partie de ceux-ci peut être orientée vers les secteurs non agricoles. Afin de maximiser les chances de succès de cette diversification des activités, les migrants doivent être instruits ou posséder une habileté professionnelle. Par ailleurs, plus le nombre de migrants est important, meilleure est la probabilité que certains parviennent à se placer et constituer ainsi un tremplin pour les autres. Enfin, les ménages doivent concilier le besoin de diversification des activités de leurs membres avec leur attachement au patrimoine foncier. Dans ce sens, tout en alimentant les circuits migratoires, ils se doivent de maintenir sur place une partie de la main-d'œuvre pour l'activité agricole. D'après Joël Grégory et Victor Piché (1980), c'est précisément cette double logique qui explique les niveaux élevés de fécondité en milieu agricole.

La migration rurale-urbaine : une réaction à la détérioration de la capacité de subsistance des ménages

Conformément à la théorie dualiste, les migrations rurales-urbaines constituent des déplacements intersectoriels de main-d'œuvre répondant à des mécanismes d'attraction et de répulsion qui caractérisent les milieux rural et urbain, et qui résultent à la fois d'une faible productivité de l'agriculture traditionnelle et d'un niveau élevé de fécondité en milieu agricole (Vignikin, 1992). De ce sous-emploi, découlent une productivité marginale du travail nulle ou presque et des niveaux de revenus à peine égaux au coût d'entretien de la force de travail. Les transferts de main-d'œuvre du secteur agricole vers le secteur urbain, principalement induits par un écart de rémunération (Hicks, 1932), permettent de réduire le sous-emploi dans le secteur de subsistance et d'y relever les revenus. Les migrations contribuent ainsi à harmoniser, non seulement l'allocation de la main-d'œuvre et des revenus du travail, mais aussi les productivités.

Pour certains socio-anthropologues, les migrations rurales-urbaines en Afrique sont un sous-produit de la colonisation (Meillassoux, 1975). En effet, en instaurant l'économie marchande et le dualisme agricole, la pénétration coloniale a brisé la cohérence interne des sociétés agricoles et transformé ces sociétés en formes appauvries du capitalisme. Cet appauvrissement forcera une grande partie des ménages à diversifier l'activité économique de leurs membres en orientant certains d'entre eux vers d'autres secteurs d'activité. Ce processus a donc enclenché les migrations rurales-urbaines.

Comme on peut s'en rendre compte, les deux interprétations du phénomène migratoire s'élaborent principalement à partir des milieux rural et urbain pris dans leur globalité. Ceci étant, une interprétation plus réaliste des migrations dans un contexte agricole de subsistance gagnerait à être entreprise au niveau des ménages exploitants. Un pas décisif dans cette direction a été fait avec le développement de « l'économie du ménage ». D'après ce nouveau courant de pensée, les

migrations rurales-urbaines seraient le résultat de changements démographiques qui surviennent à l'intérieur des ménages agricoles, dans la perspective d'une intensification de leur production (Stark, 1978). En d'autres termes, pour réagir contre les effets appauvrissants de leur dynamique démographique, les ménages agricoles sont souvent confrontés au besoin d'ajuster leur production aux besoins internes. Mais comme les disponibilités en main-d'œuvre sont fixes à court terme, il leur faut donc opérer un changement technologique que seul un excédent de production rend possible. Or, étant donnée la dimension réduite des exploitations, il est généralement difficile de dégager cet excédent d'autant plus que les marchés de capitaux sont pratiquement inaccessibles aux petits producteurs. La migration intervient dès lors comme un moyen privilégié pour se procurer les ressources nécessitées par l'intensification.

Si cette vision des migrations rurales-urbaines a le mérite d'appréhender le phénomène au niveau des ménages et de prendre en compte leur capacité de subsistance, elle rejette *de facto* le postulat de rationalité individuelle qui sous-tend la thèse des transferts intersectoriels de main-d'œuvre. Ceci dit, cette thèse prête le flanc à une critique de taille. Son argumentation, qui se formalise en termes de besoins d'intensification de l'agriculture, fait de la quête de numéraire la principale motivation de l'émigration rurale. Or, si comme le sous-tend l'argumentation, l'objectif de la migration est de se procurer les ressources nécessaires à l'intensification, comment expliquer alors que de nombreuses sociétés agricoles soumises à l'émigration et bénéficiant d'importants flux monétaires provenant de migrants, soient restées techniquement et économiquement pauvres ?

Dans le contexte du Sud-Est Togo où l'intensification n'est pas le choix d'ajustement optimal pour les ménages exploitants, les migrations rurales-urbaines ne peuvent correspondre qu'à une tentative de redistribution des rôles économiques à l'intérieur des ménages (Vignikin, 1992). Cette diversification des activités amène les ménages à orienter une partie de leur main-d'œuvre interne vers les secteurs d'activité secondaire et tertiaire. Ce comportement, très visible dans les zones où la pression démographique est particulièrement forte (Locoh, 1984 ; Le Bris, 1976 ; Vignikin, 1987), présente pour le ménage un coût d'opportunité relativement faible, dans la mesure où les membres concernés par les transferts vers la ville sont, le plus

souvent, non utilisés sur les exploitations et que leur départ diminue d'autant, les besoins de subsistance de la collectivité résidente.

Les migrations rurales-urbaines au Sud-Est se déduisent donc d'une comparaison d'ensemble des possibilités de production et de gain dans les différents secteurs accessibles à la main-d'œuvre des ménages ruraux. Ces derniers sont toutefois conscients que le sens des transferts n'est pas fixe, puisque les avantages comparatifs des secteurs peuvent s'inverser au cours du temps⁸. La possibilité de transférer certains membres vers les secteurs urbains et l'éventualité de leur retour en milieu agricole confèrent ainsi aux structures de solidarité et aux liens familiaux une importance toute particulière dans la stratégie de diversification des activités. Mais, si les réseaux de parents, de connaissances et de ressortissants d'une même localité rurale⁹ permettent de réaliser les transferts de membres, les ménages agricoles se doivent, de leur côté, de protéger les membres migrants contre une pauvreté extrême par crainte de les voir revenir au village. En contrepartie, ils attendent des migrants dont la réussite est accomplie une assistance en subsides au noyau familial résident et une aide pour de nouveaux transferts (Locoh, 1984 ; Vignikin, 1987). Ce devoir du migrant est souvent régi par des normes traditionnelles difficiles à transgresser, puisque des mécanismes coutumiers existent qui en assurent le bon fonctionnement. Par ailleurs, plus les membres envoyés dans le circuit migratoire sont nombreux, plus nombreux sont les atouts dont dispose le ménage pour faire fonctionner la chaîne de solidarité familiale. C'est précisément ce calcul probabiliste qui conduit les ménages à diversifier le lieu de destination de leurs membres transférés.

Les transformations du système de production, en modifiant les rapports de production dans le Sud-Est Togo, ont progressivement induit une logique de production de type capitaliste dans laquelle l'exploitant doit disposer de numéraire pour accéder aux principaux facteurs de production (terre et main-d'œuvre). Or, l'effet négatif des

⁸ Les ménages savent qu'un flux considérable de migrations vers une même ville peut engendrer un important sous-emploi dans cette ville. Ce sous-emploi peut faire baisser les niveaux de rémunération du travail et favoriser le retour des migrants vers le milieu agricole.

⁹ Une contribution de ces réseaux est de faciliter l'installation et l'intégration des migrants dans le milieu d'accueil.

facteurs écologiques (dégradation excessive des sols, aléas climatiques, etc.) rend non seulement difficile la compensation des coûts de production par les recettes de vente mais qui plus est, il contribue à accroître constamment le ratio vente/production au détriment de la subsistance économique des ménages. L'évolution du processus, entraînant une baisse progressive des revenus des ménages exploitants, contraint les plus vulnérables d'entre eux à développer des stratégies de survie. Ces stratégies procèdent fondamentalement d'un transfert massif des jeunes hors de la région et d'un maintien de la fécondité à un niveau élevé. Ainsi, le transfert de certains membres vers les activités non agricoles impose une taille de ménage suffisante pour alimenter les réseaux migratoires mais sans trop affaiblir numériquement le groupe familial résident. La forte fécondité au Sud-Est apparaît ainsi comme le résultat d'une ligne de conduite dictée par les circonstances.

Il va ainsi sans dire que l'amorce de la baisse de la fécondité dans le Sud-Est va principalement dépendre de l'amélioration future des productivités du travail tant chez les hommes que chez les femmes. En contribuant à augmenter le revenu des ménages agricoles de la région, l'élévation des productivités va en effet renforcer leur capacité d'autosubsistance et affaiblir leurs besoins d'envoyer des membres dans les circuits migratoires et d'avoir une descendance nombreuse.

Bibliographie

- CALDWELL J., 1981 —
Theory of Fertility Decline. Academic Press, New York, 386 p.
- EKOUEVI K., 1986 —
« Les expulsés du Nigeria de retour dans le Sud-Est Togo », in E. Lebris et al., *Migrations togolaises : bilan et perspectives*. URD, UB, Lomé : p. 235-254.
- GREGORY J., PICHÉ V., 1980 —
Le régime démographique en capitalisme périphérique : exemples africains. Université de Montréal, Montréal, 60 p.
- GREGORY J. et PICHÉ V., 1985 —
« La migration africaine vue à travers le prisme des enquêtes récentes », in *Migration interne : collecte et méthodes d'analyse*. Chaire Quetelet 1983, département de Démographie, UCL, Louvain-la-Neuve, p. 305-345.
- HICKS J., 1932 —
The Theory of Wages. MacMillan, London.
- LE BRIS E., 1976 —
« Les migrations agricoles internes dans le Sud-Est Togo », in *Capitalisme négrier : la marche des paysans vers le prolétariat*. Paris.
- LOCOH T., 1984 —
Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional contemporain, Travaux et Documents de l'Ined, cahiers n° 107, PUF, Paris, 182 p.
- MEILLASSOUX C., 1975 —
Femmes, greniers et capitaux, Maspéro, Paris, 254 p.
- MIGNOT A., 1981 —
Terre et pouvoir chez les Guins du Sud-Est Togo, Thèse d'anthropologie, Paris I – Sorbonne, 288 p.
- PAGE H., 1988 —
« La fécondité et la planification familiale en Afrique », in *L'état de la démographie africaine*, UIESP, Liège : 29-44
- PAZZI R., 1973 —
Notes d'histoire des peuples Adja, Ewé, Guin et Fon, I.S.E., université du Bénin, Lomé, 130 p.
- STARK O., 1978 —
Economic-Demographic Interactions in Agricultural Development : the Case of Rural-to-Urban Migration, Publication de la FAO, Rome.
- VIGNIKIN K., 1987 —
Production, fécondité et migration en milieu agricole : le cas du Sud-Est Togo, Mémoire de maîtrise en démographie, université de Montréal, Montréal, 117 p.
- VIGNIKIN K., 1992 —
Dynamique des systèmes de production agricole et ajustements socio-démographiques des ménages : le cas des agriculteurs Ewé (Sud-Togo), thèse de démographie, université de Montréal, Montréal, 345 p.

Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais

Valérie Delaunay

Charles Becker

L'évolution de la croissance de la population reste aujourd'hui une interrogation majeure. En Afrique subsaharienne, le niveau de fécondité a seulement diminué dans quelques pays (Botswana, Zimbabwe, Kenya), en grande partie sous l'effet de la progression de l'accès à la contraception (Cleland *et al.*, 1994 ; Mhloyi, 1994 ; Robinson, 1992). Mais pour l'ensemble du sous-continent, les comportements relatifs à la reproduction semblent relativement stables, malgré certains changements visibles dans les grands centres urbains. Une certaine baisse de la fécondité est en effet relevée dans les grandes villes africaines, telles que Dakar, Lomé ou Ouagadougou¹. Les «déterminants proches» de la fécondité les plus importants semblent être le mariage, dont le retard est observé dans bon nombre de milieux urbains et parfois même ruraux, sous l'effet de la scolarisation (Lesthaeghe *et al.*, 1989 ; Westoff, 1991) et de la pratique de la contraception (qui reste essentiellement le fait de comportements urbains). L'accès à la contraception et la demande en matière de contrôle des naissances, souvent très faibles dans les campagnes, semblent constituer les principales barrières à sa pratique.

¹ Les indices synthétiques de fécondité sont pour le Togo (1988) de 4,7 en milieu urbain contre 7,5 en milieu rural, pour le Burkina Faso (1993) de 4,8 contre 7,1, et pour le Sénégal (1992-93) de 5,0 contre 6,5 (Ndiaye *et al.* 1994).

Le travail présenté ici a pour objectif d'évaluer la demande en matière de maîtrise de la fécondité en milieu rural africain. La pratique de la contraception moderne est très faible, voire quasi nulle, dans la plupart des régions rurales. Mis à part le Botswana (EDS 1988), le Zimbabwe (EDS 1988-89) et le Kenya (EDS 1993), où la prévalence de la contraception en milieu rural est de l'ordre de 25 à 30 % des femmes mariées, son niveau demeure très faible pour l'ensemble du continent au Sud du Sahara. Il varie de 0,7 % au Niger (EDS 1992) à 4,4 % en Tanzanie (EDS 1991-92). Cependant, la connaissance de la contraception moderne n'est pas négligeable dans ces milieux. Près de trois femmes sur quatre connaissent au moins une méthode de contraception moderne au Ghana (EDS 1988), au Togo (EDS 1988), en Ouganda (EDS 1988-89) et en Tanzanie (EDS 1991-92). La diffusion de l'information ne semble donc pas être mise en cause dans l'explication des faibles niveaux de pratique de la contraception moderne. Le problème de l'accès réel aux méthodes contraceptives modernes reste posé. En effet, malgré les politiques de population officiellement adoptées par l'ensemble des pays africains, la mise en place de centres de planification familiale s'effectue la plupart du temps dans les centres urbains, mettant les femmes rurales dans l'obligation d'effectuer un déplacement, souvent long et coûteux, pour accéder à une méthode contraceptive. Par ailleurs, Odile Frank (1990) souligne qu'en Afrique subsaharienne la baisse de la fécondité dépend plus de la demande de contrôle des naissances (par les individus, les couples, les familles) que de la mise à disposition des moyens contraceptifs. Le besoin qui semble s'exprimer est plutôt celui d'un espacement des naissances, en raison du surcroît de fatigue occasionné par les maternités successives, que de leur limitation. Un espacement de trois ans environ est d'ailleurs la plupart du temps réalisé par les femmes à l'aide des méthodes traditionnelles à leur disposition (Locoh, 1992).

On peut alors s'interroger sur l'évolution du besoin de planifier les naissances dans les milieux ruraux où les mutations du contexte socio-économique entraînent des changements profonds des sociétés. C'est le cas de la population du bassin arachidier au Sénégal, où la crise agricole et économique touche durement les paysans et où les contacts fréquents avec la ville participent à l'adoption de nouvelles normes et valeurs sociales. En effet, les contraintes foncières, les difficultés économiques, les migrations et la scolarisation sont susceptibles, entre autres, d'entraîner une modification de l'idéal de fécondité et de la

demande en matière de planification familiale. Après une présentation de la zone étudiée et des données utilisées, nous discuterons les résultats d'une enquête permettant d'évaluer la connaissance des jeunes adultes (15-39 ans) en matière de contraception moderne et traditionnelle, leur expérience pratique et leur désir d'utilisation future en milieu rural.

Zone étudiée et données utilisées

Une population rurale en prise avec la crise

Située au cœur du bassin arachidier d'une zone rurale, Niakhar, distante de 150 kilomètres à l'Est de Dakar, la population étudiée est relativement homogène en regard de l'ethnie (96 % de la population est sereer), de l'activité (agricole) et du niveau scolaire (très faible : seulement 22 % des femmes de 15 à 24 ans ont bénéficié d'une forme d'instruction). C'est une société de cultivateurs profondément attachés au terroir qui vivent d'une culture de subsistance, le mil, et d'une culture de rente, l'arachide, en association avec l'élevage de bovins, dont les grands troupeaux représentent traditionnellement la richesse. Une descendance nombreuse semble y demeurer l'idéal de fécondité : l'indice synthétique de fécondité était de 7,8 enfants par femme au cours de la période 1984-91.

La crise agricole, liée à la baisse des cours mondiaux, à la croissance de la population, à la diminution des terres disponibles et à la baisse de la pluviométrie, conduit les familles à adapter constamment leurs stratégies de survie. L'envoi des jeunes à la recherche d'un emploi rémunéré en ville en constitue l'une des principales.

Le mouvement de migration saisonnière vers la ville prend une ampleur considérable. Il touche garçons comme filles dès leur très jeune âge, de manière plus aiguë pour les filles qui partent parfois dès l'âge de huit ans. Une enquête récente (Delaunay, 1994 : 120) a montré que plus de 80 % des jeunes femmes de 15 à 29 ans ont déjà eu une expérience urbaine. Les séjours se déroulent essentiellement à Dakar et sont de plus en plus répétés et longs. Les départs s'insèrent dans des réseaux de migrations basés essentiellement sur le voisinage et l'amitié. La plupart des migrants sont célibataires. Les jeunes

filles sont sous la responsabilité d'une aînée avec qui elles logent. Le contrôle social que ne peut plus exercer la famille est délégué à la responsable de la chambrée, mais aussi à un parent éventuellement présent à Dakar, qui a des contacts fréquents avec la migrante et qui gère son argent. Les jeunes garçons sont moins contrôlés.

La généralisation des mouvements saisonniers vers la ville procure aux jeunes d'aujourd'hui une expérience autre que celle que leurs parents ont eue au village. Les séjours plus ou moins longs en milieu urbain à la période de l'adolescence leur permettent d'échapper quelque peu à l'autorité familiale et de gagner une certaine autonomie. Même si un grand nombre d'entre eux retournent au village à l'âge du mariage pour entrer dans une union conforme aux normes traditionnelles, on ne peut abandonner l'idée que certains sont habités de nouvelles ambitions et revendications face au pouvoir familial et social à leur retour de la ville, lesquelles ne seront pas sans conséquences sur leurs comportements en matière de reproduction.

Par ailleurs, le contact fréquent avec la ville leur offre l'occasion d'être plus proches des sources d'information sur la planification familiale et leur donne accès aux méthodes modernes de contraception. En effet, l'accès à la contraception moderne est très difficile dans les villages. Le centre de planning familial le plus proche se trouve à Fatick, ville située à une distance de 15 à 25 kilomètres selon les villages. Cette distance est suffisamment longue pour constituer un frein à sa fréquentation. Les trois dispensaires existant dans la zone d'étude, supposés assurer l'information sur la contraception et la distribution de contraceptifs, ne remplissent pas leur rôle. Les échanges avec la ville, où la contraception est mieux connue et plus utilisée, fournissent alors des occasions d'entendre certains messages, de discuter avec des personnes l'utilisant, voire même d'avoir accès à son utilisation.

Source de données et méthodologie

Les données proviennent d'une étude sur les facteurs de risque du sida en milieu rural sénégalais, qui a fait l'objet d'une convention entre l'ANRS² et l'Orstom et a été menée dans le cadre des programmes

² Agence nationale pour la recherche sur le sida (France).

réalisés à Niakhar, en collaboration avec des chercheurs appartenant à divers organismes, autour de quatre thèmes principaux :

- les migrations, leur histoire et leurs implications socio-culturelles ;
- les comportements matrimoniaux et les attitudes sexuelles ;
- l'histoire de la santé : politiques sanitaires, recours thérapeutiques ;
- les représentations de la maladie et les réseaux thérapeutiques en matière de maladies sexuellement transmises.

Au début de l'étude, la population totale de la zone était estimée à environ 25 000 personnes, réparties en 30 villages de taille variable (de 57 à 2 697 habitants respectivement pour le plus petit et le plus grand village), la densité de la zone avoisinant 120 habitants au km². L'objectif initial était de toucher l'ensemble de la population des jeunes adultes de la zone et de combiner durant deux ans une enquête anthropologique et une enquête séroépidémiologique sur la prévalence des VIH et des maladies sexuellement transmises dans cette zone rurale du Sénégal, qui était peu touchée par l'épidémie du sida au début des travaux de l'Orstom sur cette question. Pour des raisons diverses, l'enquête anthropologique a été menée de novembre 1989 à septembre 1990, et a été interrompue après avoir touché environ un tiers des jeunes adultes de la zone. L'enquête épidémiologique s'est poursuivie en 1991 mais s'est surtout concentrée sur les femmes enceintes.

Les localités enquêtées ont été sélectionnées de manière raisonnée : répartition géographique des localités, taille et ancienneté des villages, situations des villages par rapport aux migrations telles que l'ancienneté des migrations dans les villages, l'importance respective des migrations masculine et féminine entre 1984 et 1988, la proportion de la population absente du village au recensement de 1983.

Il s'agissait d'une des premières enquêtes anthropologiques en milieu rural sénégalais, où étaient abordées les questions relatives aux pratiques sexuelles et aux comportements en matière de nuptialité, de fécondité et de pratiques contraceptives³. De ce fait, la mise au

³ D'autres travaux ont été réalisés à peu près à la même époque (Catherine Enel et Gilles Pison à Mlomp, en Casamance ; M.B. Camara, A. Diallo dans la région de Kolda). On note également les recherches menées dans le domaine de l'IEC en matière de contraception et de prévention du sida, sous la responsabilité d'Yves Charbit, dans le cadre du Cerpaa (Charbit *et al.* 1994).

point des questionnaires, la formation de l'équipe des enquêteurs et le suivi de l'enquête ont exigé des efforts suivis et une présence importante sur le terrain. Malgré quelques difficultés dans la réalisation des enquêtes, il a été possible, grâce au savoir-faire des enquêteurs, des superviseurs ou des conseillers, d'obtenir des résultats qui peuvent être considérés comme fiables.

La proportion des non réponses à propos de la fécondité et de la contraception a été relativement faible et correspond presque toujours à un refus préalable de répondre aux questions sur la vie sexuelle (environ 10 %).

Des questions spécifiques, dont les réponses sont utilisées ici, portaient sur la connaissance des méthodes de contraception traditionnelle, les sources d'information sur la contraception traditionnelle, la connaissance des moyens de contraception moderne, l'utilisation future de moyens de contraception, le ou les moyens de contraception utilisés dans le passé.

Comme dans toute enquête de ce type, la qualité des déclarations est difficile à garantir. Mais, grâce à la compétence des enquêteurs, due à leur formation et à leur sensibilisation aux questions abordées, et à la confiance portée par la population envers l'Orstom (en raison de la présence continue des enquêteurs et d'une équipe médicale), il y a peu de raison de soupçonner des fausses déclarations. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir eu de problème spécifique de pudeur, les femmes ayant été enquêtées par des enquêtrices et les hommes par des enquêteurs.

Notre principale hypothèse est que, même si le niveau de prévalence contraceptive est faible en milieu rural, il existe une réelle demande de maîtrise de la fécondité, au moins dans certains groupes que l'on tentera d'identifier.

■ Connaissance de la contraception

Une détérioration des systèmes d'information traditionnels

La contraception traditionnelle n'est pas connue de tous les jeunes adultes : moins de la moitié des jeunes adultes ayant répondu déclara-

rent connaître au moins une méthode traditionnelle (42 %). Le degré de connaissance varie fortement selon le sexe : plus de la moitié des femmes connaissent au moins une méthode de contraception traditionnelle (56 %), contre moins d'un tiers des hommes (31 %). Les méthodes citées par les femmes sont surtout les amulettes et les racines, et pour les hommes, les racines et les arbres. Les canaux d'information sur la contraception traditionnelle diffèrent également selon le sexe. Les hommes sont essentiellement informés par les anciens lors d'échanges personnels ; les femmes, quant à elles, organisent des réunions (« causeries ») au cours desquelles elles échangent des informations sur le sujet.

Les caractéristiques enregistrées permettent d'analyser l'effet de l'âge, de la situation matrimoniale, du niveau scolaire, de la religion et de l'expérience urbaine sur la connaissance des méthodes traditionnelles de contraception, en introduisant les différentes variables dans une analyse de régression logistique (tableau 1). On évalue ainsi l'effet net de chacune d'entre elles. L'influence des différentes modalités est mesurée par comparaison avec celle d'une modalité de référence, après avoir neutralisé l'effet des autres facteurs.

L'âge semble affecter la connaissance de la contraception traditionnelle. Les plus jeunes, avant 25 ans pour les femmes et avant 18 ans pour les hommes, sont moins bien informés. En revanche, la situation matrimoniale n'influe pas sur la connaissance des femmes. Les femmes mariées ont certes une meilleure connaissance de la contraception traditionnelle (58,5 % d'entre elles connaissent au moins une méthode de contraception traditionnelle, contre 36,2 % chez les célibataires), mais cela vient du fait qu'elles sont plus âgées. À âge égal, il n'y a pas de différence significative entre mariées et célibataires. L'information sur la contraception traditionnelle des femmes, et donc leur participation à des « causeries », à des discussions avec les vieilles femmes, dépend plus de leur âge que de leur situation matrimoniale.

Chez les hommes, au contraire, le mariage induit une meilleure connaissance de la contraception, car favorisant une plus forte participation aux discussions avec les anciens.

À âge égal, les femmes ayant atteint le niveau primaire sont mieux informées que celles qui n'ont jamais été scolarisées. Les programmes scolaires ne diffusant aucune information en la matière, on peut penser que cette meilleure information reflète une démarche particulière des

Variable (modalité de référence)	Contraception traditionnelle			
	Femmes		Hommes	
	<i>B</i>	(signif.)	<i>B</i>	(signif.)
<i>Âge (35-39 ans)</i>				
15-17 ans	- 1,6644	(0,0000)	- 1,1465	(0,0000)
18-19 ans	- 1,0545	(0,0000)	ns	
20-24 ans	- 0,3780	(0,0205)	ns	
25-29 ans	ns		ns	
30-34 ans	ns		ns	
<i>Situation matrimoniale (Non célibataire)</i>				
Célibataire	ns		- 0,5742	(0,0008)
<i>Niveau d'instruction (Sans instruction)</i>				
Primaire	0,4610	(0,0432)	ns	
Secondaire et +	ns		ns	
Autre*	ns		ns	
<i>Religion (Musulmane)</i>				
Chrétienne	ns		- 0,3702	(0,0410)
<i>Expérience urbaine (Au moins une)</i>				
Aucune	ns		ns	
Effectif	1003		799	

* École coranique et école arabe.

Tableau 1
 Connaissance de la contraception traditionnelle
 selon différentes variables socio-économiques et culturelles
 des hommes et des femmes (coefficients d'une régression
 logistique).

Variable (modalité de référence)	Femmes		Hommes	
	B	(signif.)	B	(signif.)
<i>Âge (35-39 ans)</i>				
15-17 ans	- 1,6644	(0,0000)	- 1,1465	(0,0000)
18-19 ans	ns		ns	
20-24 ans	ns		ns	
25-29 ans	0,3740	(0,0259)	ns	
30-34 ans	ns		ns	
<i>Situation matrimoniale (Non célibataire)</i>				
Célibataire	ns		ns	
<i>Niveau d'instruction (Sans instruction)</i>				
Primaire	1,2447	(0,0000)	ns	
Secondaire et +	2,7730	(0,0005)	3,4107	(0,0000)
Autre*	ns		ns	
<i>Religion (Musulmane)</i>				
Chrétienne	ns		ns	
<i>Expérience urbaine (Au moins une)</i>				
Aucune	ns		- 0,6967	(0,0124)
Effectif	978		788	

* École coranique et école arabe.

Tableau 2
Connaissance de la contraception moderne
selon différentes variables socio-économiques et culturelles
des hommes et des femmes (coefficients d'une régression
logistique).

jeunes scolarisées et une demande plus grande en matière de maîtrise de la fécondité.

La religion n'apparaît pas déterminante dans la connaissance de la contraception traditionnelle des femmes. En revanche, les hommes de religion chrétienne sont moins bien informés, les musulmans étant peut-être restés plus proches des coutumes et rites traditionnels.

La connaissance de la contraception traditionnelle paraît ainsi déterminée, pour les femmes, par leur âge et leur niveau scolaire et, pour les hommes, par leur âge, leur situation matrimoniale et leur religion. Il reste important de souligner que le niveau de connaissance est assez faible dans l'ensemble, surtout chez les hommes, et que les canaux traditionnels d'information (l'initiation pour les hommes et le mariage pour les femmes) semblent ne plus jouer qu'un rôle secondaire.

Ces résultats sont importants, car ils suggèrent que les règles traditionnelles de transmission du savoir sont en voie d'érosion. L'information est moins systématiquement transmise. Les femmes ne sont pas toujours informées le jour de leur mariage, mais peuvent l'être par d'autres sources, indépendamment de leur situation matrimoniale. Les hommes ne sont plus guère informés lors de leur initiation, plus précoce, et leur intérêt pour le savoir traditionnel autour de la reproduction semble s'affirmer surtout après le mariage. Qu'en est-il de la contraception moderne ?

La contraception moderne : un intérêt différent selon le sexe ?

Les techniques de contraception moderne sont moins bien connues que celles de la contraception traditionnelle : 25 % des répondants seulement connaissent une méthode de contraception moderne.

La différence entre les sexes est encore plus grande que pour la contraception traditionnelle : 36 % des femmes répondantes connaissent au moins une méthode moderne, contre 11 % des hommes. Les méthodes citées ou reconnues sont surtout la pilule pour les femmes et le préservatif, puis la pilule pour les hommes.

L'analyse de régression logistique (tableau 2) montre que les femmes de 25 à 29 ans ont une meilleure connaissance de la contraception

moderne que les plus âgées. On peut y voir à la fois un effet d'âge et un effet de génération. L'effet d'âge tient, comme pour la connaissance de la contraception traditionnelle, au fait que l'expérience joue en faveur d'une plus grande information. Mais les différentes générations ne semblent pas être touchées de la même manière. On peut émettre deux hypothèses qui ne s'excluent pas : la première est que la diffusion de l'information sur la contraception moderne est relativement récente et a moins touché les générations les plus âgées ; la seconde est que les échanges avec la ville sont un facteur de diffusion des connaissances, et que cela a davantage profité aux jeunes générations puisque les migrations saisonnières de longue durée vers la ville (surtout vers Dakar) se sont récemment développées.

Les femmes semblent mieux informées après le mariage et une fois entrées dans la vie féconde, leur désir étant probablement d'espacer leurs naissances. Quant aux hommes, leur connaissance de la contraception moderne ne varie guère au-delà de 18 ans, ce qui signifie que l'information leur parvient avant le mariage, à un moment où leur souci est d'éviter les naissances hors mariage. L'intérêt paraît ainsi différent pour les femmes et pour les hommes.

La scolarisation joue aussi un rôle important dans la connaissance de la contraception moderne, tant pour les femmes que pour les hommes, même quand on a neutralisé les autres facteurs. La migration vers des milieux urbanisés qu'impose la fréquentation des collèges peut, certes, expliquer en partie le fait que les individus de niveau secondaire ou plus aient une meilleure connaissance de la contraception moderne. Mais la fréquentation de l'école primaire n'implique pas nécessairement de migration et, si migration il y a, c'est vers un autre village doté d'une école primaire. Il faut donc reconnaître à l'école elle-même, à travers son programme, un rôle de diffusion d'information au sujet de la contraception moderne. Pourtant les programmes scolaires ne prévoient aucun cours d'information sur la vie familiale et les questions concernant la reproduction ne sont abordées qu'en classe de troisième (Charbit *et al.*, 1994). L'école aurait alors plutôt pour effet d'améliorer la réceptivité à une information venue d'ailleurs.

L'expérience urbaine n'intervient pas de manière discriminante dans le niveau de la connaissance de la contraception moderne pour les femmes. Comme nous l'avons dit, une première hypothèse est que les migrantes sont trop jeunes et trop enfermées pour être touchées

par les informations qui circulent en milieu urbain. Mais alors, la neutralisation de l'âge devrait éliminer cet effet et rendre à la variable sa signification. Il ne s'agit donc pas d'une question d'âge. Or, l'hypothèse selon laquelle le contact avec le milieu urbain serait sans aucun effet sur la connaissance de la contraception est difficilement acceptable. Il est plus probable que les échanges étroits entre les migrantes et les jeunes filles de même classe d'âge, au village, provoquent une diffusion très rapide de l'information et éliminent l'effet différentiel de l'expérience urbaine. Inversement, la connaissance en matière de contraception moderne des hommes est significativement déterminée par leur expérience urbaine. Contrairement aux femmes, les hommes seraient réservés sur le sujet et moins enclins à révéler leurs « recettes », même à leurs égaux.

La connaissance de la contraception moderne évolue et tend à se diffuser auprès des générations. C'est entre 25 et 29 ans aujourd'hui que les femmes ont une plus grande connaissance de la contraception moderne. L'effet de génération disparaîtra au fur et à mesure que ces dernières vieilliront. La diffusion de la scolarisation, si elle a lieu, et la généralisation des migrations saisonnières, si elle se confirme, entraîneront probablement une extension de la connaissance de la contraception moderne. Les techniques modernes pourraient alors supplanter les méthodes traditionnelles, tant au niveau de la connaissance que de la confiance dans leur efficacité. Les canaux d'information ne sont pas les mêmes pour la contraception moderne que pour la contraception traditionnelle. La connaissance de la contraception moderne échappe au contrôle social traditionnel et les groupes informés sont différents. Si la connaissance dépend de l'intérêt porté au sujet, on peut alors penser qu'il existe bien un intérêt pour la maîtrise de la fécondité dans certains groupes et que la pratique de méthodes modernes se heurte plus à des difficultés d'accès (disponibilité, coût, etc.) qu'à un manque de motivation pour une fécondité maîtrisée.

Pratique de la contraception : vers l'adoption de nouveaux modèles ?

Malgré une relative connaissance des moyens de contraception, traditionnels ou modernes, la pratique reste très faible. Près de 92 % des femmes et 97 % des hommes n'ont pratiqué aucune contraception.

Plus surprenant encore : les méthodes modernes sont plus souvent pratiquées que les méthodes traditionnelles, du moins d'après les déclarations⁴. En effet, seulement 0,2 % des hommes et 1,5 % des femmes déclarent avoir déjà utilisé un moyen de contraception traditionnel, alors que 2,6 % des hommes et 6,9 % des femmes auraient déjà employé une méthode moderne (essentiellement la pilule ou le préservatif).

La faiblesse des effectifs limite beaucoup l'analyse différentielle de la pratique contraceptive, surtout pour la contraception traditionnelle. C'est donc la pratique de la contraception moderne qui retiendra notre attention (tableau 3).

L'utilisation de la contraception moderne varie avec l'âge de la même manière que la connaissance : c'est aux âges extrêmes que la contraception moderne est la moins pratiquée, tant pour les hommes que pour les femmes. Plus précisément, ce sont les femmes de 25 à 29 ans et les hommes de 20 à 24 ans qui ont davantage pratiqué la contraception que les générations plus âgées. En revanche, la situation matrimoniale n'intervient pas comme facteur déterminant ; si les femmes célibataires apparaissent comme pratiquant plus la contraception moderne (11,4 % des femmes célibataires ont déjà pratiqué une méthode de contraception moderne, contre 6,3 % des non célibataires), c'est parce que les célibataires sont en moyenne plus jeunes et plus instruites que les non célibataires. C'est surtout l'effet de la scolarisation qui favorise la pratique de la contraception moderne, et cela dès le niveau primaire pour les femmes.

L'utilisation de la contraception moderne apparaît donc différente selon le sexe. Les femmes en ont une plus grande pratique et l'utilisent plutôt après le mariage, tandis que les hommes y ont un moindre recours et de préférence avant le mariage. Cette situation semble traduire des motivations différentes : les femmes sont probablement plus intéressées par un espacement des naissances dans le mariage, alors que les hommes ont davantage le souci d'éviter une naissance avant le mariage. Par ailleurs, l'effet de génération observé chez les

⁴ On peut en effet penser que les retenues liées à la pudeur des répondants sont moins fortes chez les pratiquants de contraception moderne en raison de leurs caractéristiques plus « modernes ».

Variable (modalité de référence)	Femmes		Hommes	
	B	(signif.)	B	(signif.)
<i>Âge (35-39 ans)</i>				
15-17 ans		ns		ns
18-19 ans		ns		ns
20-24 ans		ns		1,7413 (0,0033)
25-29 ans		0,6064 (0,0317)		ns
30-34 ans		ns		ns
<i>Situation matrimoniale (Non célibataire)</i>				
Célibataire		ns		ns
<i>Niveau d'instruction (Sans instruction)</i>				
Primaire		1,0685 (0,0007)		ns
Secondaire et +		1,6825 (0,0131)		4,9607 (0,0000)
Autre*		ns		ns
<i>Religion (Musulmane)</i>				
Chrétienne		ns		ns
<i>Expérience urbaine (Au moins une)</i>				
Aucune		ns		ns
Total		1008		805

* École coranique et école arabe.

Tableau 3
Utilisation passée de la contraception moderne selon le sexe
(coefficients d'une régression logistique).

Variable (modalité de référence)	Femmes		Hommes	
	B	(signif.)	B	(signif.)
<i>Âge (35-39 ans)</i>				
15-17 ans		ns		ns
18-19 ans		ns		ns
20-24 ans		ns		1,7352 (0,0000)
25-29 ans		ns		ns
30-34 ans		ns		ns
<i>Situation matrimoniale (Non célibataire)</i>				
Célibataire		ns		ns
<i>Niveau scolaire (Non scolarisé)</i>				
Primaire		0,5957 (0,0071)		ns
Secondaire et +		1,8447 (0,0185)		3,6777 (0,0000)
Autre*		ns		ns
<i>Religion (Musulmane)</i>				
Chrétienne		- 0,5892 (0,0001)		ns
<i>Expérience urbaine (Au moins une)</i>				
Aucune		- 0,3888 (0,0070)		ns
Effectif		995		801

* École coranique et école arabe.

Tableau 4
Utilisation future d'une méthode contraceptive
selon le sexe (coefficients d'une régression logistique).

hommes semble plus récent : c'est à partir des tranches d'âges supérieures à 25 ans que l'utilisation est moindre chez les hommes ; chez les femmes, c'est seulement au delà de 30 ans. La pratique de la contraception serait donc plus ancienne chez les femmes.

Projets contraceptifs : le reflet d'une réelle demande de maîtrise de la fécondité

L'évocation d'un projet contraceptif différencie bien les points de vue masculin et féminin sur la maîtrise de la fécondité. Parmi les hommes qui répondent, 96% déclarent ne jamais vouloir utiliser à l'avenir la contraception, contre seulement 45% des femmes. Les raisons évoquées par les femmes pour une éventuelle pratique sont essentiellement la fatigue, l'âge, l'espacement des naissances et les accouchements difficiles. La demande serait alors non seulement d'espacement des naissances, mais aussi de contraception d'arrêt.

La régression logistique (tableau 4) laisse apparaître une relation avec l'âge seulement pour les hommes. La scolarisation est un facteur d'intention d'utilisation de la contraception, et cela dès le niveau primaire pour les femmes. La religion chrétienne apparaît comme un facteur dissuasif de projets contraceptifs chez les femmes. L'expérience urbaine des femmes intervient en revanche comme un facteur favorable, même après neutralisation de l'effet de l'âge. Si, comme nous l'avons vu précédemment, la connaissance de la contraception semble se diffuser de migrantes à non migrantes, on peut voir que la motivation pour une utilisation future reste différente entre les deux groupes. Ce résultat est important dans la mesure où il témoigne du rôle joué par les séjours urbains dans l'adoption de nouvelles attitudes et comportements, notamment à propos de la contraception.

Conclusion

Bien que l'enquête n'ait abordé qu'à titre accessoire la contraception, elle a fourni des résultats importants. Il semble que l'on assiste à une modification du système de transmission du savoir tradition-

nel en matière de contraception, qui se traduit par une information plus diversifiée, empruntant de moins en moins ses canaux traditionnels qu'étaient l'initiation et le mariage. Les discussions de groupe entre femmes et les échanges des hommes avec les anciens au sujet des pratiques traditionnelles sont fréquents et confirment l'existence d'un réel intérêt pour la maîtrise de la fécondité. La connaissance de la contraception moderne, moins élevée et de diffusion plus récente, témoigne elle aussi d'un intérêt pour le contrôle des naissances. Mais les nouveaux canaux d'information échappent au contrôle social traditionnel et touchent des groupes qui autrefois ne l'étaient pas. Ce sont en effet les jeunes, plus scolarisés et ayant fréquenté la ville, qui paraissent les mieux informés. L'information, plus disponible en ville, semble se diffuser rapidement auprès des jeunes femmes restées au village par l'intermédiaire des jeunes migrantes. Par contre, la motivation pour une utilisation future ne serait pas aussi systématiquement transmise. Ce sont aussi les groupes les plus instruits qui ont la plus grande expérience de la contraception moderne et qui expriment une plus forte intention de pratiquer un contrôle de la fécondité. Mais une différence très importante existe entre les sexes. La contraception apparaît pour les femmes comme un enjeu de plus grande importance et de nature différente. Elles ont en effet une meilleure connaissance de la contraception traditionnelle et moderne, une plus grande pratique et un plus grand désir de contraception future. On a également pu constater que la contraception concerne plutôt les femmes dans le mariage. Leur objectif serait surtout d'espacer les naissances, pour limiter la fatigue liée à la maternité, mais elles souhaitent aussi une contraception d'arrêt, pour éviter les grossesses tardives. Dans cette même enquête, 30 % des femmes ont déclaré une descendance idéale de 6 enfants. Les femmes, qui, dans la plupart des sociétés africaines, subissent le coût physique et économique des enfants, mais ne prennent pas les décisions en matière de reproduction (Page, 1988), semblent ici afficher un plus grand rôle de décideurs, du moins dans les intentions déclarées. Les hommes, quant à eux, paraissent plus concernés par les problèmes de contraception avant le mariage, leur objectif étant surtout d'éviter les grossesses hors mariage; ils semblent peu se préoccuper des difficultés rencontrées par les femmes.

La demande de maîtrise de la fécondité est donc effective, au moins dans certains groupes de cette société rurale de Niakhar, au Sénégal. Ce sont les méthodes de contraception moderne qui seront les plus

aptes à répondre à cette demande. Il est donc important de mieux connaître les réseaux d'information sur la contraception moderne. Les migrants, qui semblent jouer un rôle capital dans la transmission de l'information, peuvent devenir de véritables relais pour les programmes d'information et de diffusion de la planification familiale. Il est alors nécessaire de bien comprendre la vie des migrants et leurs sources d'information. On sait que les centres de planification familiale urbains sont peu fréquentés par les jeunes Sereer. Quelles sont alors leurs sources d'information ? Quels rôles jouent les organisations non gouvernementales en place et les associations de quartiers, qui organisent des « causeries » ? Quel rôle joue le mode de vie en groupe ? Ces groupes, cette vie associative (particulièrement dynamique chez les jeunes femmes) pourraient être utilisés lors des campagnes d'information sur la contraception. Mais une population informée n'est pas nécessairement « pratiquante » et pour que la demande soit satisfaite, tout effort d'information doit être accompagné d'une mise à disposition des moyens contraceptifs à faible coût.

Bibliographie

- BECKER C., 1991 —
Étude anthropologique sur les migrations, la nuptialité et les comportements sexuels chez les Sereer du Sénégal. Dakar, Orstom, 4 fascicules, 49 p. + 68 p. + 63 p. + 55 p. (Rapport ANRS).
- CALDWELL J.C., ORUBULOYE I.O., CALDWELL P., 1992 —
 « Fertility Decline in Africa: A New Type of Transition ? ». In: *Population and Development Review*, 18 (2): 211-242.
- CHARBIT Y., MANÉ B., NDIAYE S., 1994 —
 « Fécondité et contraception en milieu rural: méthodologie d'un projet de recherche ». In CHARBIT Y. et NDIAYE S., eds: *La population du Sénégal.* Paris, Direction de la prévision et de la statistique, Cerpaa: 271-280.
- CHARBIT Y., MANÉ B., NDIAYE S., 1994 —
 « Équipements communautaires, santé et planification familiale en milieu rural ». In CHARBIT Y. et NDIAYE S., eds: *La population du Sénégal.* Paris, Direction de la prévision et de la statistique, Cerpaa: 295-317.
- CLELAND J., ONUOHA N., TIMAEUS I., 1994 —
 « Fertility Change in sub-Saharan Africa: A review of the evidence ». In LOCOH T. and HERTRICH V., eds: *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa.* Liège, UIESP: 1-20.
- DELAUNAY V., 1994 —
L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais. Paris, Ceped, Les Études du Ceped, n° 7, 326 p.
- FRANK O., 1990 —
 « The demand for fertility control in Sub-Saharan Africa ». In ACSADI G., JOHNSON- ACSADI G., BULATAO R.A., eds: *Population growth and reproduction in Sub-Saharan Africa, technical analysis of fertility and its consequences.* Washington D.C., The World Bank: 186-198. (A World Bank Symposium).
- LESTHAEGHE R., KAUFMANN G., MEEKERS D., 1989 —
 « The Nuptiality Regimes in Sub-Saharan Africa ». In LESTHAEGHE R., éd.: *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa.* Berkeley, University of California Press: 238-337.
- LOCOH T., 1992 —
Vingt ans de planification familiale en Afrique sub-saharienne. Paris, Ceped, Les Dossiers du Ceped, n° 19, 27 p.
- MHLOYI M., 1994 —
 « Fertility transition in Zimbabwe ». In LOCOH T. and HERTRICH V., eds: *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa.* Liège, UIESP: 87-104.
- NDIAYE S., DIOUF P.D., AYAD M., 1994 —
Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93. Dakar, ministère de l'Économie et des Finances, direction de la Statistique, division des Enquêtes et de la Démographie, 284 p.
- PAGE H., 1988 —
 « La fécondité et la planification familiale en Afrique ». In VAN de WALLE É., SALA-DIAKANDA M.D., OHADIKE P.O., eds: *L'état de la démographie africaine.* Liège, UIESP: 29-44.
- Robinson W.C. 1992 —
 « Kenya Enters the Fertility Transition », *Population Studies*, 46 (3): 445-457.
- WESTOFF C.F., 1991 —
Age at Marriage, Age at First Birth, and Fertility in Africa. Princeton, Office of Population Research, Princeton University, 20 p. + annexe.

Annexe

Extrait du questionnaire relatif au contrôle des naissances

12. Combien avez-vous eu d'enfants ?
13. Combien sont vivants ?
14. Combien d'enfants désirez-vous ?
15. Il existe des moyens traditionnels pour éviter d'avoir des enfants.
En connaissez-vous ?

Lesquels ?
16. Comment ou par qui en avez-vous entendu parler ?
.....
17. Avez-vous entendu parler d'autres moyens pour éviter d'avoir des enfants ? (préservatif, stérilet, etc.)

Lesquels ?
18. Pensez-vous que dans certaines circonstances vous pourriez utiliser ces moyens ?
19. Avez-vous déjà utilisé un de ces moyens ?

Lequel ?

Urbanisation et comportement procréateur au Bénin

Mburano Rwenge

En Afrique subsaharienne, le groupe familial est à la fois unité de production et de reproduction (Locoh, 1988). Comme unité de production, il pratique généralement une économie de subsistance de type agraire très faiblement mécanisée, laquelle nécessite une main-d'œuvre nombreuse. Cette dimension économique explique pour une large part l'importance accordée à la forte fécondité dans le Tiers-Monde. Au niveau des enfants, leur utilité économique se mesure soit par leur travail productif et non productif, soit par l'assistance qu'ils apportent à leurs parents pendant des risques divers et au cours de la vieillesse de ceux-ci. Dans le premier cas, il s'agit d'une motivation de production, dans l'autre d'une motivation de sécurité sociale (Nag Moni, 1983 ; Anker et Nugent, 1990).

L'utilité économique de l'enfant a été interprétée de différentes manières dans la littérature sur les déterminants de la fécondité. Becker (1960), Leibenstein (1957, 1974) et Easterlin (1975) sont les grands promoteurs de l'approche socio-économique à travers leurs théories micro-économiques de la fécondité. Une des interprétations non moins connue est celle des flux des richesses entre générations de Caldwell (1982). Selon cet auteur, dans toute société, la fécondité est économiquement rationnelle ; elle est élevée dans les sociétés où le flux des richesses est au bénéfice des parents, c'est-à-dire là où, en définitive, les enfants rapportent au cours de leur vie (par le service, le travail, le revenu, les biens, les garanties, etc.) plus qu'ils n'ont coûté ; aussi, la transition de la fécondité ne peut avoir lieu que si et seulement si

il y a inversion du flux des richesses des parents vers les enfants, c'est-à-dire si les enfants coûtent en définitive plus qu'ils ne rapportent.

L'inversion du flux des richesses des parents vers les enfants se fait par la nucléarisation sentimentale et économique de la famille, c'est-à-dire par l'avènement du couple « moderne » plus affectif et s'occupant exclusivement de ses descendants immédiats. Ce changement dans la vie familiale modifie la valeur de l'enfant (Ariès, 1973). Le changement de la perception de ce que vaut l'enfant conduit à une transition de la quantité vers la qualité des enfants. Ce faisant, ceux-ci sont plus assimilés à des biens de consommation qu'à des « moyens » de production. L'enfant supplémentaire est par conséquent désiré par les couples compte tenu des bénéfices et des coûts qui s'y rattachent. Ainsi, les parents sont incités sur le plan économique à avoir un enfant supplémentaire lorsque les avantages procurés par l'enfant dépassent les coûts, et ceci durant toute la période pendant laquelle l'enfant fait partie du ménage ou envoie une aide à ses parents. En tant que tels, les enfants font donc concurrence aux autres biens consommés par les ménages et entrent donc dans la fonction d'utilité de ceux-ci. Les comportements des couples en matière de contraception et leur fécondité seraient alors fonction des motivations de production, de sécurité sociale et de consommation (Leibenstein, 1957, 1974).

Lorsque les sociétés se développent ou lorsque les conditions de vie s'améliorent, les motivations de consommation l'emportent sur celles de production et de sécurité sociale. En d'autres termes, à mesure que le revenu des couples augmente avec le développement socio-économique, les parents préfèrent généralement avoir une famille moins nombreuse ; ils adoptent alors des comportements défavorables à une forte fécondité. Ces motivations du comportement en matière de procréation n'opèrent pas de la même façon aux différentes étapes de développement d'une société donnée. La motivation de consommation s'appliquerait davantage aux sociétés urbaines, tandis que celles de production et de sécurité sociale s'appliqueraient aux sociétés rurales.

On pourrait donc penser à une coexistence de deux modèles de fécondité en Afrique subsaharienne en général, et au Bénin en particulier : l'un urbain, l'autre rural. Si tel est le cas, quels sont ces modèles et comment diffèrent-ils ? C'est à cette question que tente de répondre cette étude en analysant les différences du niveau de fécondité entre

les milieux urbain et rural au Bénin. Elle repose donc sur l'hypothèse de l'utilité économique de l'enfant comme motivation pour la forte fécondité dans cette région et au Bénin en particulier.

Bref aperçu théorique

Au milieu urbain correspondraient une faible fécondité et une forte prévalence contraceptive

Si les motivations pour une forte fécondité s'estompent à mesure que le développement se fait, c'est que les conditions socio-économiques des couples interviennent dans la détermination de la fécondité ; ces conditions étant définies par la rémunération du travail (y compris la pension de retraite) et les moyens de production à leur disposition (Kouamé et Rwenge, 1995).

Dans ce milieu, la production est organisée comme dans les pays développés. De ce fait, les couples y bénéficient des avantages sociaux. En effet, comme le notent Friedmann et Sullivan (1974 : 395 ; cités par Kouamé et Rwenge, 1995), « *more often, their advantages stem from social legislation passed in imitation of advanced industrial societies* ». Bien sûr, il n'y a pas eu systématiquement un transfert de tous les types d'avantages sociaux, comme par exemple l'assurance-chômage, mais il existe un minimum de sécurité de revenu en milieu urbain, en particulier la pension de retraite dont bénéficie un nombre non négligeable des couples de ce milieu.

Étant dotées de la sécurité de revenu, les familles ne devraient pas avoir, en milieu urbain, de motivation pour une forte fécondité basée sur l'utilité économique des enfants. Par contre, ils devraient opter pour la régulation de leur fécondité par le recours aux méthodes contraceptives modernes. La question est alors de savoir si la seule réduction de l'utilité économique des enfants peut conduire à celle du niveau de la fécondité.

Pour répondre à cette question, nous allons recourir à quelques études réalisées en Occident comme l'ont mis en évidence Aka Kouamé et Mburano Rwenge (1994). Il s'agit notamment des études réalisées

par Nag (1978), Woods (1987), Haines (1989) et Schellekens (1993). Nous nous intéresserons aux facteurs qui contribuent à la baisse de la fécondité une fois la contrainte de l'utilité économique des enfants levée. En effet, comme le note Nag (1978 : 3), « *The fertility decline that has occurred in developed countries is associated with the processes of industrialization, urbanization, etc. One common mechanism by which these processes might have generated a preference for smaller families is the consequent reduction in the value of children and increase in the costs of children to their respective parents* ». Schellekens (1993 : 10) renchérit : « *A substantial rise in real wages does not necessarily cause fertility to decline, but sets the stage for other factors* ».

Parmi les facteurs qui, selon Schellekens, contribuent à la baisse de la fécondité par la suite, interviennent notamment la baisse de la mortalité et le coût des enfants. Pour nous en tenir uniquement au coût des enfants, il faut noter qu'il a toujours existé. Lorsque l'utilité économique des enfants était importante, la fonction de coût des parents aboutissait à un rendement positif. Mais, avec la réduction de l'utilité économique des enfants, il n'en était plus ainsi, surtout que les coûts réels d'entretien des enfants augmentaient avec les salaires des domestiques et le coût de la scolarisation (Espenshade, 1977 ; Woods, 1987 ; Robinson, 1987 ; Haines, 1989).

La réduction du rendement conduit aux deux premières des conditions préalables à la baisse de la fécondité. La première prétend que « *fertility must be within the calculus of conscious choice for individuals or couples...* » et la seconde suppose que « *reduced fertility must be socially and economically advantageous to individuals (or couples) making these decisions* » (Haines, 1989 : 305).

Le raisonnement qui précède pourrait s'appliquer aux familles tirant leurs ressources principales du milieu urbain. Toutefois, pour beaucoup de ces familles, les revenus du travail sont très bas et les pensions de retraite inexistantes et insignifiantes. Cela rend les conditions de vie assez difficiles pour la plupart de celles qui pourraient recourir aux mêmes stratégies que les familles rurales, à savoir le recours au travail des enfants et à ces derniers comme sécurité sociale. Mais, dans ce milieu où les couples ont reçu une certaine éducation, les risques de décès des enfants sont moindres (Dackam, 1990) ; ils n'ont donc pas besoin d'en avoir beaucoup pour assurer leur survie. Par

ailleurs, préférant que leurs enfants puissent s'occuper à l'âge adulte des activités modernes, ils choisirent d'investir dans leur qualité plutôt que dans leur quantité.

Au milieu rural correspondraient une fécondité élevée et un faible recours aux méthodes contraceptives

Ce milieu concerne la majorité de la population béninoise. Ce sont les contextes traditionnels de production (technologie, rapports de production basés sur la famille, etc.) et de reproduction qui contribueraient au besoin pour la forte fécondité dans ce milieu, renvoyant au besoin de main-d'œuvre. Cette motivation repose sur l'utilité économique des enfants qui peuvent se substituer aux adultes dans plusieurs formes du travail agricole (Boserup, 1990 : 45).

L'importance de la main-d'œuvre des enfants s'exprime, au sein du couple, au profit des hommes. Chez la femme, la motivation de la fécondité élevée est double. Elle est d'abord liée à son rôle productif puis à son rôle de mère (Oppong, 1991). En effet, « *For the majority of rural low-income women who have a very heavy labour load in terms of home and farming responsibilities, children have a very important short-range utility as available labour for farming and building up women's land holding as well as for help with time-consuming household and childcare tasks, such as carrying water and firewood.* » (Safilios-Rotschild, 1982 ; cité par Jean Wakam, 1994 : 52). En plus, son statut social est intimement lié à sa performance génésique. Chez l'homme, la motivation pour la forte fécondité relève aussi de la production, qui est déterminée par des conditions difficiles (faiblesse de l'équipement agricole et de rémunération du travail paysan).

Cependant, les opportunités socio-économiques pouvant différer d'un milieu rural à l'autre, il existerait une hétérogénéité du milieu rural en ce qui concerne la motivation de main-d'œuvre. En effet, comme le note Koffi N'guessan (1990), certains milieux ruraux (par exemple, l'agriculture d'exportation) se sont investis dans le circuit économique puisque les productions étaient soit vouées à l'exportation soit indispensables pour l'alimentation des populations urbaines.

Ce qui entraîna l'intensification des échanges entre ces milieux et la ville, et des mutations culturelles et socio-économiques importantes en résultèrent. Dans ce contexte, les structures lignagères perdirent leur influence de socialisation et la main-d'œuvre familiale et celle des enfants en particulier pour les travaux agricoles devinrent de moins en moins sollicitées.

■ La situation au Bénin

Approche méthodologique

Dans l'analyse qui suit, l'hypothèse à vérifier est que la fécondité et ses composantes immédiates sus-citées varient significativement selon le milieu de résidence, et qu'apparaît donc l'existence de deux modèles de comportement en matière de procréation au Bénin.

Pour tester cette hypothèse, nous allons recourir aux données de l'Enquête nationale sur la Fécondité réalisée au Bénin (EFB) en 1981-1982. Comme modèle statistique d'analyse, nous utiliserons la régression; la variable dépendante étant la fécondité. Nous montrerons qu'il existe une différence significative du niveau de fécondité et de ses quelques composantes immédiates (demande d'enfants en termes du nombre d'enfants désirés, âge au premier mariage et utilisation de la contraception) entre le milieu urbain et le milieu rural. Pour vérifier cela, nous avons d'abord procédé à une analyse différentielle de la fécondité et de ses composantes immédiates selon la nature du lieu de résidence (tableau 1). Nous avons ensuite procédé à une analyse de régression sur la fécondité (tableau 2).

Analyse différentielle de la fécondité et de ses composantes immédiates selon le milieu de résidence

Le tableau 1 montre que la nature du lieu de résidence a un effet significatif sur la fécondité et ses différentes composantes immédiates, à l'exception de la prévalence de la contraception. La fécondité élevée

Variables	Nature du lieu de résidence		Écarts
	Rurale	Urbaine	
<i>Age moyen au premier mariage</i>	17,83 ans	19,17 ans**	1,34 ans **
% mariées avant 20 ans			
– femmes 20-24 ans	78	64	14 **
– femmes 40-44 ans	68	49	19 **
% célibat définitif	0	2	-2
<i>Durées moyennes (en mois)</i>			
– allaitement	22,91	17,23	5,68 *
– aménorrhée	14,62	10,65	3,57 *
– abstinence	18,14	13,43	4,75 *
<i>Connaissance contraception</i>			
– % quelconque	35,80	45,10	-9,30 *
– % efficace	21,80	73,90	-52,10 **
<i>Utilisation contraception</i>			
– % inefficace	26,73	22,30	4,43 *
– abstention exclue	9,30	13,40	-4,10 *
– % efficace	0,29	3,52	-3,23
<i>Intervalle intergénérisique (en mois)</i>			
– données brutes	35,96	34,76	1,20
– estimation	31,54	27,57 (a)	3,97 *
% Stérilité	2,30	4,40	-2,10
Nombre moyen d'enfants souhaités	7,80	5,54	2,26 **
% ne voulant plus d'enfants	4,90	8,00	-3,10 *
– Parité moyenne	3,62	2,58	1,04 ***
– Parité moyenne à 45-49 ans	6,40	5,80	0,60
– ISF	7,27	6,01	1,26 ***
– Taux de fécondité			
15-19	0,072	0,026	0,05
20-24	0,268	0,190	0,08
25-29	0,335	0,294	0,04
30-34	0,310	0,302	0,01
35-39	0,248	0,207	0,04
40-44	0,153	0,116	0,04
45-49	0,068	0,067	0,00
– Écart entre parité moyenne à 45-49 ans et ISF	-0,87	-0,21	-

(a) Calculé à partir de la relation de Bongaarts : $lp + lg + (a / 1 - a) \times a + (1 / 1 - a) \times 1 / f$ où lg est la période de gestation (9 mois); lp est le temps mort associé soit à l'allaitement soit à l'abstinence; la la période de temps mort associé au risque d'avortement spontané (2,5 mois); a le risque d'avortement (0,2); f est la fécondabilité (sa valeur est comprise entre 0,15 et 0,20).

(*) Significatif au seuil de 0,05** Significatif au seuil de 0,01*** Significatif au seuil de 0,01 avant et après contrôle par l'âge.

Tableau 1

Variation de la fécondité et de ses composantes immédiates selon la nature du lieu de résidence au Bénin (EFB, 1982).

Variables et modalités	Nature du lieu de résidence			
	Urbaine		Rurale	
	β	Signification de β	β	Signification de β
1. Niveau d'instruction de la femme				
– Pas d'instruction	(*)		(*)	
– Primaire incomplet	-0,0147	0,6788	-0,0177	0,2183
– Primaire complet	-0,0108	0,7659	-0,0060	0,6900
– Secondaire et plus	-0,1647	0,0001	-0,0160	0,2841
2. Niveau d'instruction du conjoint				
– Pas d'instruction	(*)		(*)	
– Primaire incomplet	-0,0613	0,1590	-0,0148	0,3175
– Primaire complet	-0,0565	0,2075	-0,0056	0,7146
– Secondaire et plus	-0,1470	0,0068	0,0114	0,5228
3. Occupation de la femme				
– Ne travaille pas	0,0156	0,6845	-0,0419	0,0143
– Commerce	(*)			
– Agriculture	0,0111	0,7410	+0,0000	0,9717
– Autres (artisans,...)	-0,0521	0,1617	-0,0133	0,3662
4. Occupation du conjoint				
– Prof Lib tec, direct	0,0801	0,2041	-0,0161	0,3347
– Bureau	0,0497	0,3990	-0,0107	0,4916
– Vendeurs	0,0079	0,8656	-0,0147	0,3243
– Agriculture	(*)		(*)	
– Autres services, armée	0,0649	0,2263	-0,0314	0,0479
– Artisans, manœuvres	0,0922	0,1628	-0,0274	0,0944
– autres	-0,0447	0,6900	0,0166	0,5962
5. Région de résidence				
– Atacora, Borgou	(*)		(*)	
– Zou	-0,0553	0,3300	0,0115	0,5888
– Atlantique, Cotonou, Mono	-0,0820	0,1989	0,0239	0,3191
– Ouémé	-0,0078	0,8904	-0,0719	0,0004
6. Religion				
– Chrétienne	-0,0208	0,6650	0,0131	0,4133
– Musulmane	-0,0058	0,8945	-0,0015	0,9370
– Traditionnelle	(*)		(*)	
– Aucune, autres	-0,0394	0,2958	0,0311	0,0805
7. Nature lieu de résidence enfance				
– Rurale	(*)		(*)	
– Urbaine	-0,0119	0,7281	-0,0324	0,0271
8. Type d'union				
– Légale	0,1123	0,0035	0,0168	0,2545
– Union Libre	0,0429	0,2209	0,0490	0,0010
– Coutumier	(*)		(*)	
Covariable (Age chronologique)	0,6722	0,0000	0,7125	0,000
Constante	-2,713	0,0000	-2,9392	0,000
F et signification de F	19,04 (0,0000)		89,12 (0,0000)	
R ²	57,75 %		54,31 %	
R ² 1, Age	45,01 %		47,84 %	

(*) Modalités de référence – R² 1, Age : Coefficient de détermination dans le modèle avec l'âge comme la seule variable explicative.

Tableau 2
Résultats de l'analyse de régression sur la parité atteinte
par les femmes béninoises selon la nature du lieu de résidence
avec l'âge chronologique comme covariable (EFB, 1982).

se retrouve en milieu rural : l'Indice Synthétique de Fécondité y est de 7,27 enfants par femme contre 6,01 en milieu urbain ; pour la descendance finale, les valeurs sont respectivement de 6,4 et 5,8. La comparaison entre ces deux mesures de la fécondité tend à montrer, quel que soit le milieu d'habitat, une évolution de la fécondité plutôt à la hausse, mais dans une moindre mesure en ville, où les femmes contractent plus tardivement leur première union (1,34 ans plus tard en moyenne).

Le niveau élevé de la fécondité observé en milieu rural apparaît conforme aux désirs des femmes de ce milieu en matière de procréation, puisque celles-ci déclarent souhaiter avoir en moyenne 7,8 enfants à la fin de leur vie féconde. En milieu urbain, en revanche, la fécondité souhaitée est légèrement plus faible que celle atteinte (5,54 enfants).

Analyse explicative des variations de la fécondité selon le milieu de résidence

D'après les résultats issus de la régression sur la parité atteinte par les femmes béninoises, les variables socio-culturelles et socio-économiques (hormis l'âge) utilisées ont un pouvoir explicatif faible sur la fécondité réalisée, tant en milieu rural qu'en milieu urbain (tableau 2). Quel que soit le milieu d'habitat, le coefficient de détermination (R^2) ne dépasse pas 15 % sans contrôler par l'âge les effets des autres variables indépendantes sur la parité. Après ce contrôle, le coefficient de détermination arrive à dépasser 50 % dans ces deux milieux.

Si chaque équation de régression est globalement significative, il n'en reste pas moins que, dans le milieu rural, les seuls facteurs déterminants sont l'activité de la femme, la nature du lieu de résidence pendant l'enfance, le type d'union et la région de résidence. Les modalités significatives au seuil de 5 % de ces facteurs sont le fait, pour la femme, de ne pas travailler, de vivre en union libre, d'avoir passé son enfance en milieu urbain et de résider à Ouémé. Les facteurs niveau d'instruction de la femme et niveau d'instruction du conjoint n'ont, ici, aucune influence significative sur la fécondité réalisée.

En milieu urbain, en revanche, le niveau d'instruction de la femme et celui du conjoint apparaissent être les facteurs ayant des effets

négatifs très déterminants sur la fécondité réalisée. Il ressort toutefois de nos données que dans ce milieu l'instruction du conjoint agit plus négativement sur la fécondité que celle de l'épouse.

Il importe de signaler, pour le milieu rural, outre les variations des incidences de certaines variables sur la fécondité selon le milieu de résidence, un effet des variables collectives plus important que celui des variables individuelles dans la détermination des variations de la fécondité réalisée. En effet, si en milieu rural, où l'individu est régi par les normes et valeurs des groupes d'appartenance, les variables comme l'ethnie (Rwenge, 1994), la région de résidence et la nature du lieu de résidence pendant l'enfance expliquent une part importante des variations de la fécondité réalisée, en milieu urbain béninois, la situation est tout à fait différente. Ce sont les variables individuelles qui priment.

La question qui se pose est alors de savoir pourquoi, au Bénin, la fécondité réalisée en milieu urbain est plus faible qu'en milieu rural, mais reste encore supérieure à ce qui peut être observé ailleurs.

Parmi les composantes immédiates de la fécondité, la différence de calendrier de primo-nuptialité selon le milieu de résidence est celle qui contribue le plus aux variations observées de la fécondité entre le milieu urbain et le milieu rural béninois. En effet, l'infrastructure urbaine accorde aux femmes urbaines davantage d'opportunités de passer plus de temps à l'école et par là d'entrer un peu plus tardivement sur le marché matrimonial. L'instruction accorde aussi à la femme le pouvoir de décider elle-même le moment de contracter son premier mariage et beaucoup d'auteurs affirment que les mariages arrangés par les parents ou d'autres membres de la famille tendent à favoriser l'entrée précoce en mariage dans les pays en développement (Lesthaeghe and Eelens, 1985; Attanasso, 1991; Rwenge, 1994). À âge au premier mariage égal, il serait par conséquent fort probable que la fécondité ne puisse pas différer significativement du milieu rural au milieu urbain et soit même plus élevée en milieu urbain, du fait de la diminution sensible dans ce milieu des pratiques traditionnelles d'espacement non compensée par le recours à la contraception moderne. C'est bien ce qui est à la base de la persistance de la fécondité à un niveau relativement élevé en milieu urbain béninois, contrairement à ce qui s'observe dans certains pays d'Afrique du Nord entre autres. Ce qui irait donc à l'encontre de la théorie développée plus haut.

Cependant, cette théorie n'apparaît pas contredite au vu du souhait des femmes urbaines d'avoir moins d'enfants que les femmes rurales. Si, après contrôle par l'âge au premier mariage, leur fécondité est aussi élevée que celle des femmes rurales, c'est en grande partie à cause du fait qu'elles n'utilisent pas la contraception moderne pour satisfaire leur désir en matière de réduction de fécondité. En définitive, la question à laquelle il faudrait alors répondre est de savoir pourquoi n'utilisent-elles pas cette contraception.

Voies nouvelles de régulation de la fécondité au Bénin

Exceptés les pays comme le Kenya, le Botswana et le Zimbabwe où les signes d'une baisse tangible de la fécondité sont en partie imputables aux efforts déployés en matière de planification familiale, ce qui frappe en Afrique subsaharienne, et au Bénin en particulier, c'est plutôt la faible efficacité des programmes de planification familiale au regard des moyens qui y ont été consacrés. À partir de l'analyse des cas rwandais, ghanéens et togolais, Locoh (1991) note :

« La qualité des services de planification familiale laisse fortement à désirer, sinon comment expliquer que, même dans les villes où il existe un désir de planification des naissances, les femmes recourent si peu à la contraception et se tournent vers la fourniture, à la sauvette, de soi-disant produits contraceptifs achetés au marché ou, plus graves encore, vers l'avortement. L'exclusion de certaines catégories des clientes, le faible niveau de l'information dispensée, la prescription autoritaire d'une méthode, le recours à des contraceptifs non autorisés dans les pays développés sont autant de pratiques qui caractérisent, ici ou là, les services de planification familiale en Afrique et qui dissuadent un certain nombre de clientes potentielles. Quant on sait combien la démarche de demande de planification familiale peut apparaître « risquée » dans une société où tout est encore orienté vers la valorisation de la fécondité, on mesure à quel point, il faudrait pousser le souci de sécuriser les femmes ou les couples qui demandent la contraception. »

L'inaccessibilité aux services de planification familiale et aux moyens contraceptifs expliquerait en partie pourquoi la prévalence de la contraception moderne demeure faible en milieu urbain. À ces facteurs, il faudrait ajouter le manque de motivation chez les femmes. En ce qui concerne les premiers facteurs, le renforcement des programmes de planification familiale par une option décisive des gouvernements en faveur de ces programmes et l'approche communautaire (le *Community Based Distribution*) ont été proposés. Le manque de motivations chez les femmes étant surtout fonction de leur condition socio-économique et de l'environnement socio-culturel dans lequel elles vivent, les programmes d'Information, d'Education et de Communication (IEC) ont été d'abord intégrés dans les programmes de planification familiale pour essayer de vaincre les barrières culturelles. Ensuite, vu que cette intégration n'a pas eu d'effet sensible sur la fécondité, il a été proposé de prendre en compte la dimension socio-économique dans les programmes de planification familiale. C'est de là qu'est née « l'approche intégrée de planification familiale ». Cette approche nécessite la mise au point des méthodes pouvant s'intégrer avantageusement aux domaines du développement communautaire traditionnel tels que la santé, l'éducation, les travaux agricoles, l'économie domestique, etc. Dans le contexte actuel de crise économique, cette approche semble mieux adaptée à l'amélioration des programmes de planification familiale. En effet, pour atténuer les effets de la crise économique, les populations africaines mettent de plus en plus en place de nouvelles formes de résistances : les personnes appartenant à une même origine socioculturelle mettent en commun leurs moyens pour subvenir à leurs besoins sociaux et économiques. Il s'agit par exemple des « tontines », fréquentes en Afrique de l'Ouest et dans la partie occidentale du Cameroun. Ainsi, étant saisi dans un environnement qu'il contrôle mieux, l'individu percevrait facilement l'importance de la planification familiale et opérerait par conséquent pour une réduction de sa fécondité.

Bibliographie

- ANKER R., NUGENT J.B., 1990 —
« Old age support and fertility ». *In: Population and Labour policies programme, Working paper n° 172, Geneva, ILO, 104 p.*
- ARIÈS P., 1973 —
L'enfant et la vie familiale sous l'ancien Régime. Paris, Seuil, 316 p.
- ATTANASSO O., 1991 —
Une approche ethnique des différentiels de la fécondité dans le Sud-Bénin. Mémoire de DEA, Paris, 90 p.
- BECKER G., 1960 —
« An economic analysis of fertility ». *In: Demographic and economic Change in Developed Countries, A Conference of the Universities-National Bureau Committee for Economic Research, Princeton University Press.*
- BOSERUP E., 1990 —
« Population, the status of women and rural development ». *In Mc NICOLL G. and CAIN M. (eds.), « Rural Development and Population, Institution and Policy », Population and Development Review, The Population Council, Oxford University Press, a supplement to vol. 15: 45-60.*
- CALDWELL, 1982 —
Theory of fertility decline. London and New York, Academic Press, 386 p.
- DACKAM N., 1990 —
L'éducation de la mère et la mortalité des enfants en Afrique. Yaoundé, Iford, Les Cahiers de l'Iford n° 2, 160 p.
- EASTERLIN R., 1975 —
« An economic framework for fertility analysis ». *In: Studies in Family Planning, 6 (3): 54-63.*
- ESPENSHADE T., 1977 —
« The value and cost of children ». *In: Population Bulletin, Washington D.C., Population Reference Bureau, 32 (1).*
- HAINES M.R., 1989 —
« Social class differentials during fertility decline: England and Wales revisited ». *In: Population studies, 43 (2): 305-323.*
- JATO M. et al., 1994 —
« Using focus-group discussions to explore the role of women's group (Tontines) in Family Planning information dissemination in Yaoundé, Cameroon ». *In: Health Transition Review, 4 (1): 90-94.*
- KOUAME A., RWENGE M., 1994 —
Structures de production et comportement procréateur en Côte d'Ivoire (à paraître).
- KOFFI N., 1990 —
Facteurs de fécondité dans une société en mutation: le cas de Memni-Montezo en milieu rural Forestier (Côte d'Ivoire). Thèse de doctorat de troisième cycle de démographie, université de Paris I, Paris, 345 p.
- LEIBENSTEIN H., 1957 —
Economic backwardness and economic growth. New York, JohnWiley.
- LEIBENSTEIN H., 1974 —
« An interpretation of the economic theory of fertility: Promising path or blind alley? » *Journal of Economic Literature, 12 (2): 457-479.*
- LESTHAEGHE R., EELENS F., 1985 —
Social Organization and Reproductive Regimes: Lessons from subsaharan Africa and historical Western Europe. IPD Working Papers n° 1, 54 p.

- LETTENMAIER C. *et al.*, 1994 —
« Focus-group research for Family Planning: lessons learned in sub-Saharan Africa ».
In: CALDWELL J. et SANTOW G., eds. : « The cultural, social and behavioral determinants of health, *Health Transition Review*, 4 (1) : 95-98.
- LOCOH T., 1988 —
« Structures familiales et changements sociaux ».
In TABUTIN D., éd. : *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, L'harmattan : 441-478.
- LOCOH T., 1991 —
« Une baisse durable de la fécondité est-elle en œuvre en Afrique subsaharienne ? Le temps des incertitudes ». *In*: LOCOH T. et HERTRICH V., eds. : *The onset of fertility transition in sub-Saharan Africa*, Liège, Oordina : 105-134.
- NAG M., 1978 —
Economic value and cost of children in relation to human fertility. Center for population studies, Working Papers, December 1978, 26 p.
- NAG M., 1983 —
Fertility response to modernization. International Conference on Population, Expert Group on Fertility and Family, New Delhi, 5-11 January 1983 : 125-158.
- OPPONG C., 1991 —
Les rapports entre le travail des femmes et les comportements démographiques : quelques éléments tirés de recherches en Afrique de l'Ouest. Genève, Bureau International du travail, 39 p.
- ROBINSON W.C., 1987 —
« The time cost of children and other household production ». *In*: *Population Studies*, 41 (2), July 1987 : 313-323.
- RWENGE M., 1994 —
Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin. Examen par les variables intermédiaires. Yaoundé, Iford, Les Cahiers de l'Iford n° 7, 125 p.
- SCHELLEKENS J., 1993 —
« Wage, secondary workers and fertility: a working-class perspectives of the fertility transition in England and Wales ». *In*: *Journal of family history*, 18 (1) : 1-17.
- WAKAM J., 1994 —
De la pertinence des théories « économistes » de la fécondité dans le contexte socio-culturel camerounais et négro-africain. Yaoundé, Iford, Les Cahiers de l'Iford n° 8, 527 p.
- WOODS R., 1987 —
« The time cost of children and other household production ». *In*: *Population studies*, 41 (2) : 283-311.

Planification
familiale : entre
la demande et l'offre

thème 3



Pratique contraceptive en Afrique subsaharienne

Niveaux, tendances et déterminants

Ferdinand Ngueyap

Le niveau de la pratique contraceptive en Afrique est globalement de mieux en mieux connu, mais avec un état des connaissances par pays qui reste très variable selon les données disponibles. On sait que ces niveaux sont liés aux différentes phases de la transition démographique et au degré de développement des pays ; ils demeurent faibles en Afrique subsaharienne (Ayad *et al.*, 1985).

Les deux vastes programmes internationaux d'enquêtes démographiques représentatives au niveau national, d'abord celui de « l'Enquête mondiale fécondité » (EMF/WFS) dans les années 1970 et ensuite celui des « Enquêtes démographiques et de santé » (EDS/DHS) dans les années 1980-1990, permettent d'améliorer sensiblement la connaissance sur la pratique contraceptive en Afrique ; avec le second programme, un grand nombre de pays africains ont été couverts (dix-neuf l'ont été au terme des deux premières phases, réalisées sur les périodes 1984-88 et 1988-93). L'existence d'un questionnaire de base commun à tous les pays offre de précieuses possibilités d'analyses comparatives.

La présente étude entend présenter une synthèse des différents résultats publiés à partir de ces enquêtes, et particulièrement des EDS, pour lesquelles les pays suivants ont été retenus : Botswana, Burundi, Cameroun, Ghana, Kenya, Niger, Nigéria, Libéria, Sénégal, Soudan, Togo et Zimbabwe. Ces pays se répartissent entre les quatre régions Ouest, Est, Centrale et Australe de l'Afrique au Sud du Sahara. Ils sont différents tant du point de vue de leur taille qu'en regard des

divers indices socio-économiques (PNB/hab., proportion d'analphabètes, etc.).

Après une présentation critique des sources de données, suivie d'une analyse comparative des niveaux et tendances de la pratique contraceptive dans ces différents pays, nous nous attacherons à mettre en lumière les principaux déterminants qui affectent celle-ci.

Les données utilisées

Grâce à l'expérience acquise lors du programme de l'EMF, les Enquêtes démographiques et de santé fournissent des données de qualité souvent bien supérieure à celle de n'importe quelle autre source démographique nationale. Selon les pays, les échantillons sont composés de 3 500 à 8 000 femmes âgées de 15-49 ans. Un questionnaire de base comprend des informations générales relatives au statut matrimonial, économique et socioculturel, une histoire génésique et des informations sur la connaissance et l'utilisation de la contraception.

Les enquêtes rétrospectives, telles que les EMF et les EDS, souffrent de biais désormais bien connus qu'il convient d'identifier et de quantifier afin de les redresser avant d'entamer toute étude de niveau. Les deux types d'erreurs classiques, fréquents et lourds de conséquences sont relatifs à l'omission et à la datation. Une analyse générale de la qualité des données des EDS réalisée à l'issue de la première phase du programme (DHS, 1990) a montré que plus un événement remonte loin dans le passé, plus la personne interrogée tend à le passer sous silence et, lorsqu'elle le mentionne, plus le risque d'erreur sur sa datation est élevé. Ce problème est particulièrement réel en Afrique subsaharienne, mais dans la mesure où un tel effet de mémoire se produit dans tous les pays, ses conséquences sur les conclusions de notre étude sont marginales puisque l'objectif est la comparaison des niveaux de pratique contraceptive dans l'espace et dans le temps, et non leur détermination avec une parfaite exactitude. D'ailleurs, ce type d'erreurs ne peut influencer que la pratique de la contraception à un moment donné, qui fait appel à la mémoire, mais nous verrons que nos résultats sont valables avec une relative certitude quant aux tendances observées.

Quant à la datation des événements, les femmes interrogées devaient fournir à l'enquêteur leur âge (année de naissance, âge). Cette information est particulièrement importante pour l'analyse de la structure par âge de la pratique contraceptive. En dehors du Zimbabwe et du Botswana, pays où les âges sont assez bien déclarés (Barbieri, 1993), les rapports nationaux d'enquête signalent, soit en général pour tous les autres pays l'attraction des âges ronds 0 et 5, soit et en plus, l'attraction des multiples de 2 (Ghana, Kenya) ou celle des âges immédiatement inférieurs aux multiples de 5 (Niger). Face à cette seconde limitation, un compromis nous a conduit à regrouper les femmes en groupes d'âges quinquennaux qui donnent une structure par âge plus régulière.

Dans cette étude, on entend par *pratique contraceptive*, l'utilisation de la contraception qui peut être actuelle, passée ou à un moment quelconque. *La prévalence contraceptive* est la proportion des femmes qui utilisent (ou qui ont utilisé) la contraception parmi celles âgées de 15 à 49 ans globalement, ou selon d'autres critères spécifiques (méthode, âge, état matrimonial et autre statut). *La contraception quelconque* regroupe la *contraception moderne*, qui est l'utilisation des préservatifs, du DIU, de la stérilisation, des gelées spermicides et la pilule; et la *contraception traditionnelle*, qui concerne l'abstinence, la continence périodique, le retrait et les plantes médicinales. Lors de l'Enquête mondiale fécondité, en lieu et place de contraception moderne et traditionnelle étaient respectivement utilisées les expressions « méthodes efficaces » et « méthodes inefficaces ».

Les niveaux et tendances de la prévalence contraceptive : un continent à plusieurs visages

À l'exception du Botswana, du Kenya et du Zimbabwe, les niveaux sont extrêmement faibles quel que soit le type de pratique; beaucoup plus faibles que sur n'importe quel autre continent (Sadik, 1991). La moyenne des taux de prévalence contraceptive moderne actuelle se

situé en dessous de 5 % (tableau 1). Les méthodes traditionnelles sont particulièrement utilisées au Togo où la prévalence atteint 30,7 % et, dans une moindre mesure, au Cameroun (11,8 %) ; pour les autres pays, les proportions n'atteignent pas le seuil des 10 %.

Une autre particularité réside dans la disparité entre les pays et les régions d'Afrique au Sud du Sahara, avec des variations allant du simple au septuple. L'Afrique subsaharienne est ainsi éclatée entre quatre groupes de pays :

- ceux dont la prévalence contraceptive moderne actuelle est supérieure à 30 % des femmes en union : Botswana (31,7 %), Zimbabwe (36,1 %) ;
- les pays dont le taux de prévalence est compris entre 12 et 20 % ; il s'agit uniquement du Kenya (17,9 %). Ces deux premiers groupes se distinguent des autres par leur niveau de prévalence contraceptive susceptible d'influencer la fécondité¹ ;
- les pays dont les taux sont proches de 5 % : Ghana (5,2 %), Libéria (5,5 %), Soudan (5 %) et dans une moindre mesure le Cameroun (4,2 %).
- les pays où la prévalence contraceptive moderne actuelle est proche ou inférieure à 3 % : Sénégal (2,4 %), Togo (3,1 %) et Burundi (1,2 %).

Selon le niveau de « transition de la contraception », on peut distinguer trois grandes régions en Afrique subsaharienne :

- l'Afrique australe, où la prévalence de la contraception moderne est relativement élevée et supérieure à 30 % ; ce sont des pays à transition avancée ;
- l'Afrique de l'Est, avec un pays à transition intermédiaire dans lequel le taux est de 17,9 % ;
- enfin, les pays pré-transitionnels de l'Ouest et du Centre, où les taux de prévalence contraceptive moderne sont inférieurs à 6 %.

Globalement, les femmes en union utilisent davantage la contraception que les autres femmes. Les pays de l'Afrique de l'Ouest font cependant exception, avec des femmes en union utilisant moins la

¹ Selon les spécialistes, pour que le niveau de fécondité soit influencé par l'utilisation de la contraception, il faut que la prévalence de la pratique des méthodes modernes moderne soit au moins égale à 12 %.

Pays	Date de l'enquête	Pratique contraceptive			Pas d'utilisation
		Méthode moderne	Méthode traditionnelle	Méthode quelconque	
<i>Afrique de l'Ouest</i>					
Ghana	1988	5,2	7,7	12,9	87,1
Libéria	1986	5,5	0,9	6,4	93,6
Sénégal	1986	2,4	2,0	4,4	95,6
Nigéria	1990	3,5	2,5	6,0	94
Niger	1992	2,3	2,2	4,4	95,6
Togo	1988	3,1	30,7	33,9	95,6
<i>Afrique centrale</i>					
Cameroun	1991	4,3	11,8	16,1	83,9
<i>Afrique de l'Est</i>					
Burundi	1987	1,2	7,5	8,7	91,3
Kenya	1989	17,9	9,0	26,9	73,1
Soudan	1989	5,5	3,1	8,7	91,3
<i>Afrique australe</i>					
Botswana	1988	31,7	1,3	43,1	67
Zimbabwe	1988	36,1	7,0	33	56,9

Tableau 1
Taux de prévalence contraceptive actuelle
pour cent femmes mariées âgées de 15 à 49 ans.

contraception que les autres. Les différences varient entre 50 et 70 % dans ce groupe de pays, tandis qu'elles sont faibles à très faibles pour les pays d'Afrique de l'Est, Centrale et Australe.

Si, pour les pays concernés, il n'existe pas de corrélation positive clairement établie entre le niveau de développement socio-économique et la pratique contraceptive, le niveau de fécondité et la prévalence contraceptive entretiennent une relation négative : plus la prévalence contraceptive est forte, plus le niveau de fécondité est faible.

Le tableau 2 présente l'évolution de la pratique contraceptive pour les pays qui ont connu successivement une enquête fécondité (EMF) puis une enquête démographique et de santé (EDS). Sous l'hypothèse d'une linéarité de l'évolution, des taux d'accroissement moyen annuel de la prévalence contraceptive ont été calculés pour chaque pays.

Pays	Date des enquêtes		Prévalence contraceptive								
	EMF	EDS	Méthodes quelconques			Méthodes modernes			Méthodes traditionnelles		
			EMF*	EDS	AA	EMF*	EDS	AA	EMF*	EDS	AA
Botswana	1984	1988	27,8	33,0	+ 4	18,6	31,7	+ 1,4	9,2	1,3	-38
Cameroun	1978	1991	3,1	16,1	+14	0,4	4,3	+20	2,7	11,8	+12
Ghana	1979	1988	12,2	12,9	+ 0,6	5,2	5,2	0	7,3	7,7	+ 0,5
Kenya	1978	1989	9	26,9	+10	6	17,9	+10	3	9,0	+11
Nigéria	1981	1990	-	6,0	-	-	3,5	-	-	2,5	-
Sénégal	1978	1986	3,9	4,4	+ 1,5	0,6	2,4	+19	3,3	2,0	- 6,0
Soudan	1979	1989	4,6	8,7	+ 7	3,9	5,5	+ 3,0	0,7	3,1	+16
Zimbabwe	1984	1989	38,4	43,1	+ 5,1	26,6	36,1	+ 8,0	11,8	7	-12

EDS première phase pour Botswana et Zimbabwe.

AA = Accroissement annuel du taux de prévalence contraceptive (EMF* = base 100).

Tableau 2
Prévalence contraceptive actuelle suivant les années
pour cent femmes en union.

Il s'en dégage une hausse globale de la pratique contraceptive, effective dans tous les pays ; l'avenir semble prometteur. Les progrès les plus significatifs l'ont été pour la contraception moderne. Trois groupes de pays peuvent être distingués en regard de leur profil d'évolution :

- les pays dont la croissance de la prévalence contraceptive est rapide et au-dessus de 10% l'an : Cameroun (+ 13,5%), Kenya (+ 10%);
- les pays dont le rythme de croissance annuel est compris entre 4 et 10 % : Soudan (+ 7%), Zimbabwe (+ 5,1%) et Botswana (+ 4%);
- enfin, les pays à croissance lente ou stagnante de la prévalence contraceptive, avec des taux d'accroissement annuel inférieur à 2 % : Sénégal (+ 1,5%), Ghana (+ 0,6%).

Les disparités sont plus accentuées si l'on considère uniquement l'évolution de l'utilisation des méthodes modernes. Ainsi, selon le niveau et le rythme de croissance de la pratique contraceptive moderne,

on peut distinguer le Zimbabwe, le Botswana et le Kenya, pays où la croissance et les niveaux sont élevés ; le Cameroun et le Sénégal, pays où les niveaux sont faibles mais les rythmes de croissance rapides (environ 20 % l'an) et prometteurs. Le Ghana, en revanche, montre une stagnation de la pratique contraceptive moderne et traditionnelle ; depuis plusieurs années, la pratique contraceptive moderne se maintient difficilement à son niveau antérieur.

Trois profils d'évolution de la pratique contraceptive traditionnelle peuvent être mis en relief : le premier concerne les pays où le niveau et le rythme de la contraception traditionnelle sont relativement élevés : Cameroun (+ 12,0 %) et du Kenya (+ 16 %) ; le deuxième distingue ceux où le déclin de la pratique contraceptive traditionnelle est amorcée et évolue lentement : Ghana (- 0,5 %), Sénégal (- 6 %) ; enfin, le troisième regroupe les pays où la contraception traditionnelle n'est presque plus utilisée, au terme d'une baisse rapide : Botswana (- 38 %), Zimbabwe (- 12 %).

L'évolution de la prévalence contraceptive moderne entre les générations est également intéressante. Les exemples du Botswana et du Zimbabwe montrent que, dans l'ensemble, les niveaux par groupe d'âges sont plus élevés pour les dates récentes. Que l'on considère les jeunes générations ou les plus anciennes, les niveaux de pratique contraceptive moderne actuelle sont supérieurs à ceux de 1984. La perturbation observée par ailleurs entre 20 et 40 ans au Zimbabwe en 1984 disparaît complètement en 1988.

L'évolution de la prévalence de chaque méthode moderne au Botswana présente deux visages contrastés : la pilule et le stérilet se détachent nettement, et leur prévalence déjà élevée croît à un rythme annuel de plus de 20 % : pilule (+ 20 %), DIU (+ 23,0 %).

La prévalence des injections (+30,6 %) et de la stérilisation (+ 16,3 %) croît aussi rapidement, tandis que les condoms (+ 6,8 %) semblent moins demandés. Au total, dans l'avenir, tout en mettant à la disposition des utilisatrices potentielles les autres méthodes modernes, l'accent devra être mis sur l'offre de la pilule et du dispositif intra utérin (DIU), méthodes qui, de part leur prévalence et leur rythme d'évolution, se détachent des autres.

En définitive, la pratique contraceptive a beaucoup progressé en Afrique subsaharienne, surtout l'utilisation des méthodes modernes.

La pratique de la contraception est en voie d'entrer dans les mœurs, mais ces acquis demandent une consolidation. L'énigme ghanéenne est toujours là, présente et appelant des études plus fines sur les causes de cette stagnation et donc sur les moyens de promouvoir la planification familiale dans ce pays. L'évolution a aussi été marquée par le recul de la contraception traditionnelle dans certains pays.

■ Les déterminants de la pratique contraceptive en Afrique

Généralement, les niveaux de pratique contraceptive, moderne et/ou traditionnelle, sont associés au niveau de développement des pays. Pourtant, dans le cas des pays étudiés, et en dehors du Botswana, les niveaux observés ne sont pas corrélés avec le niveau de vie des pays si nous considérons l'indice du revenu par tête, qui est fortement contesté. La remarque fondamentale en Afrique, ce n'est pas nouveau, est que la pratique contraceptive est très faible et disparate. Ces disparités existent aussi à l'intérieur des pays. Nous chercherons ici à voir si les inégalités qui existent face à la pratique contraceptive subsistent à travers les phases de la transition de la contraception ; on prendra comme pays prétransitionnels le Cameroun et le Ghana, le Kenya comme exemple de pays en début de transition, et enfin les pays en transition avancée que sont le Botswana et le Zimbabwe.

La structure de la pratique contraceptive par pays montre bien qu'à chaque niveau de transition de la contraception est associée une utilisation contraceptive particulière. Dans les pays prétransitionnels, les femmes utilisent plus les méthodes traditionnelles au contraire des pays intermédiaires ou de transition avancée, où les femmes utilisent davantage la contraception moderne.

Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique et l'abstinence se détachent nettement des autres par leurs niveaux. On ne peut passer sous silence l'importance du retrait au Zimbabwe qui est le pays d'Afrique subsaharienne où cette pratique est très répandue.

Pays	Date d'enquête	Pratique contraceptive						Total
		Pilule	Stérilet	Injection	Crème, gelée	Condom	Stérilis. féminine	
Ghana	1988	2,3	0,0	0,0	0,3	0,3	0,9	5,2
Libéria	1986	3,3	0,6	0,3	0,2	0,0	1,1	5,6
Sénégal	1986	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4
Nigéria	1990	1,2	0,8	0,7	0,1	0,4	0,3	3,5
Niger	1992	1,5	0,2	0,5	0,0	0,0	0,1	2,3
Togo	1988	0,4	0,8	0,2	0,6	0,4	0,6	3,1
Cameroun	1991	1,2	0,3	0,4	0,3	0,9	1,2	4,3
Burundi	1987	0,2	0,3	0,5	0,0	0,1	0,1	1,2
Kenya	1989	5,2	3,7	3,3	0,4	0,5	4,7	17,9
Soudan	1989	3,9	0,7	0,1	0,0	0,1	0,3	5,5
Botswana	1988	14,8	5,6	5,4	0,0	1,3	4,3	31,7
Zimbabwe	1988	31,0	1,1	0,3	0,0	1,2	2,3	36,1

Tableau 3
Structure par pays de la prévalence
contraceptive moderne actuelle
pour cent femmes en union.

Parmi les méthodes modernes, et dans tous les pays en fonction des niveaux, la pilule et le stérilet sont très utilisés (tableau 3). Au Kenya, toutes les méthodes modernes, à l'exception des condoms et des gelées, ont la même importance; leurs niveaux de prévalence sont peu variables. En bref, la pilule et le stérilet sont les méthodes largement utilisées sans distinction de pays pour les méthodes modernes, tandis que la continence périodique et l'abstinence sont les premières méthodes traditionnelles employées en Afrique subsaharienne.

La prise en compte des facteurs démographiques, socio-économiques et culturels permet de mieux comprendre ces disparités observées entre pays.

Globalement, l'utilisation de la contraception et la descendance atteinte présentent une liaison positive. Il faut cependant noter qu'au Cameroun, que l'on considère les méthodes modernes ou traditionnelles, les niveaux de prévalence ne varient pas en fonction de la descendance. Les pays en transition contraceptive avancée présen-

Caractéristiques	Pays en transition contraceptive avancée						Pays en début de transition			Pays prétransitionnels					
	Botswana			Zimbabwe			Kenya			Ghana			Cameroun		
	Q	M	T	Q	M	T	Q	M	T	Q	M	T	Q	M	T
<i>Nombre d'enfants vivants</i>															
0	14,2	13,6	0,6	3,2	1,6	1,6	4,7	0,8	3,8	3,8	1,9	1,9	15,3	2,0	13,3
1	30,6	30,4	0,2	43,5	40,2	3,3	16,9	8,6	8,3	10,1	3,5	6,6	13,8	2,7	11,2
2	38,9	37,2	1,7	46,2	42,1	4,1	24,2	16,0	8,2	11,7	3,0	8,7	14,9	2,7	12,2
3	41,7	41,2	0,5	49,7	42,9	6,9	28,5	18,5	9,9	14,3	5,1	9,1	15,7	3,6	12,1
4 et +	33,0	32,1	0,9	49,9	36,0	9,9	31,4	21,7	9,7	15,8	7,5	8,3	17,8	6,6	11,2
<i>Milieu d'habitat</i>															
Urbain	38,8	38,2	0,6	51,7	48,8	3,0	30,5	25,5	5,0	19,6	8,1	11,0	29,9	7,1	17,9
Rural	25,8	24,9	0,9	39,5	30,8	8,6	26,2	16,4	9,8	9,9	3,9	6,1	10,5	2,5	8,0
<i>Niveau d'instruction</i>															
Aucun	18,4	17,4	1,0	32,5	24,9	7,6	18,3	9,7	8,6	8,5	3,2	5,3	5,0	1,2	3,8
Primaire	29,1	28,5	0,6	42,0	34,0	8,1	27,8	19,2	8,6	12,1	6,1	6,1	16,9	4,5	12,4
Secondaire et plus	41,3	40,3	1,0	55,5	52,3	3,3	40,4	29,3	11,1	18,6	7,2	11,0	42,8	12,0	31,0
<i>Religion</i>															
Protestante	33,6	33,1	0,5	50,3	44,0	6,3	29,3	20,9	8,4	10,1	3,8	6,3	15,8	3,1	11,7
Catholique	42,0	40,0	2,0	51,0	43,9	7,1	25,8	14,4	11,4	14,6	5,6	9,0	25,2	5,9	17,4
Musulman	-	-	-	28,3	17,2	11,0	16,7	13,9	2,8	8,3	3,2	5,0	5,5	0,9	4,6
Autres	38,1	32,8	5,3	41,7	31,2	10,0	20,8	15,9	4,9	-	-	-	-	-	-
Sans religion	25,6	25,2	0,4	-	-	-	9,8	6,3	3,5	-	-	-	-	-	-

Type de méthode : Q (quelconque), M (moderne), T (traditionnelle).

Tableau 4
Prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques dans quelques pays d'Afrique sub-saharienne.

tent une autre spécificité. Au Botswana et au Zimbabwe, les femmes ayant deux et trois enfants utilisent beaucoup plus la contraception.

Le milieu de résidence (urbain ou rural) constitue généralement un facteur discriminant de la pratique contraceptive, qui reflète à la fois des disparités dans l'accessibilité et la disponibilité des services et des méthodes contraceptives, ainsi que les diverses influences culturelles. Dans tous les pays, le fait de vivre en ville favorise avant tout la pratique contraceptive moderne, quel que soit le degré de développement de la contraception dans le pays (tableau 4). Des nuances apparaissent en revanche en matière de contraception traditionnelle.

Ainsi, si au Botswana, au Zimbabwe et au Kenya, la ville joue en défaveur des méthodes traditionnelles, il en est tout autrement dans les pays prétransitionnels (Ghana et Cameroun) où ces méthodes sont nettement plus utilisées en ville qu'en milieu rural.

La scolarisation, par l'introduction des connaissances nouvelles ou par le degré d'acculturation qu'elle crée, constitue un facteur important, et bien connu, favorisant le recours à la planification familiale. L'effet est particulièrement net pour la contraception moderne, et touche tous les pays considérés (tableau 4). En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, les situations varient selon les pays. Dans ceux en transition contraceptive avancée, si au Botswana l'instruction semble peu influencer sur le recours à ces méthodes, au Zimbabwe, en revanche, elle contribue à leur désaffection à partir du niveau secondaire. Dans les autres pays, surtout au Ghana et au Cameroun, le niveau d'instruction influe positivement sur les pratiques traditionnelles ; mais sans doute les méthodes utilisées sont-elles différentes de celles ayant cours en milieu rural. Quoi qu'il en soit, cet effet de l'instruction traduit l'existence d'une volonté plus grande de planifier sa descendance chez les femmes les plus instruites.

La religion véhicule des valeurs et normes qui régissent la vie des pratiquants, notamment leur vie reproductive. La religion chrétienne apparaît très nettement la plus favorable à la planification familiale ; et ce, dans tous les pays et quelle que soit la méthode considérée. Sauf au Kenya et, dans une moindre mesure au Zimbabwe pour les méthodes modernes, les femmes catholiques sont celles qui recourent le plus à la contraception, davantage que les femmes protestantes. Ces résultats semblent contradictoires avec le discours officiel de l'Église qui demeure très restrictif quant à l'utilisation des méthodes contraceptives. La position défendue par le Vatican lors de la dernière conférence mondiale sur la population, qui s'est tenue au Caire en septembre 1994, l'a rappelé avec force. Cette apparente contradiction ne fait que traduire le décalage pouvant exister entre un discours institutionnel normatif et les représentations et pratiques individuelles ; il est vrai par ailleurs que, de manière globale, les religions catholique et protestante contribuent en Afrique à favoriser l'émancipation féminine.

Si dans les pays du Maghreb, la religion musulmane ne n'est pas opposée à la planification familiale, et y a même été associée, en

Afrique subsaharienne en revanche, pratique de l'islam et faible recours à la contraception (surtout moderne) sont généralement associés (tableau 4).

Conclusion

À la veille des années quatre-vingt-dix, les niveaux de pratique contraceptive en Afrique subsaharienne sont globalement faibles et hétérogènes. On distingue des pays ou des régions en transition contraceptive avancée au Sud et à l'Est du continent. Les pays d'Afrique centrale et occidentale ont des taux de prévalence contraceptive moderne faibles, voire très faibles. La progression de la pratique contraceptive a été régulière durant la dernière décennie et, à cause d'évolutions disparates, les différences s'accroissent entre pays. Le milieu urbain, l'instruction et les religions chrétiennes figurent parmi les facteurs favorisant le plus la pratique contraceptive. L'avenir est en quelque sorte prometteur, mais les exceptions ne sont pas rares. Le cas du Ghana, pays où les taux de pratique contraceptive sont stabilisés, voire en régression depuis une quinzaine d'années, est révélateur des efforts qui restent à fournir, et ce d'autant plus dans un contexte de crise économique.

Bibliographie

- Burundi, ministère de l'Intérieur, 1988 —
Enquête démographique et de santé du Burundi 1987. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 178 p.
- Botswana, Central Statistical Office, 1989 —
Family Health Survey II 1988. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 165 p.
- Cameroun, Direction nationale du deuxième recensement général de la population et de l'habitat, 1992 —
Enquête démographique et de santé Cameroun 1991. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 287 p.
- DHS, 1990 —
An Assessment of DHS-1 data quality. Columbia, Maryland, Institute for Resource Development, DHS Methodological Reports n° 1, 143 p.
- Ghana, Ghana Statistical Service, 1989 —
Demographic and Health Survey 1988. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 190 p.
- Niger, Direction de la Statistique et des Comptes nationaux, 1993 —
Enquête Démographique et de Santé 1992. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 296 p.
- Nigeria, Federal Office of Statistics, 1992 —
Nigeria Demographic and Health Survey 1990. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 243 p.
- Sudan, Departement of Statistics, 1991 —
Sudan Demographic and Health Survey 1989/1990. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 180 p.
- Togo, Unité de recherche démographique, 1989 —
Enquête démographique et de santé 1988. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 169 p.
- Zimbabwe, Central Statistical Office, 1989 —
Demographic and Health Survey 1988. Columbia, Maryland, DHS, IRD, 170 p.
- SADIK N. (ed), 1991 —
Population policies and programs: lessons learned from two decades of experience. New-York, FNUAP, 464 p.



La femme camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes

Rejet ou inaccessibilité ?

Amadou Noubissi

Madeleine Wayack

L'Afrique subsaharienne est réputée pour sa résistance à la planification familiale, entendue comme l'utilisation des méthodes modernes de contraception pour espacer les naissances ou les limiter. En effet, les pays de l'Afrique au Sud du Sahara ont une prévalence contraceptive moderne qui varie de 0 à 6 %, excepté le Zimbabwe (27 % ; Mhloyi, 1988). Même pour ce dernier, le but de la contraception reste l'espacement des naissances et non la limitation de la descendance.

Les études sur la fécondité réalisées dans le sous-continent expliquent cette situation par la persistance des coutumes et mentalités favorisant la forte fécondité (Van de Walle et Omideyi, 1988), ainsi que le faible niveau de développement économique. On avance de plus en plus que la modernisation (Mhloyi, 1988), notamment par le biais de la scolarisation (Caldwell *et al.* 1992), et l'amélioration de l'économie, vont apporter les changements socio-économiques et culturels favorables à une baisse de la fécondité. Par ailleurs, les programmes de planification familiale ne cessent de se développer à travers le continent. Ces programmes sont basés sur l'hypothèse qu'il existe des femmes qui ont le désir de limiter leurs naissances, mais qui ne connaîtraient pas les méthodes efficaces appropriées ou encore ne sauraient où se les procurer.

L'Enquête démographique et de santé réalisée au Cameroun en 1991 permet, grâce à une analyse multivariée, de tester les différentes relations existant entre les caractéristiques socio-économiques et culturelles des femmes et celles de leur partenaire, la connaissance et la pratique des méthodes contraceptives modernes et les normes et valeurs en matière de fécondité. Il s'agira ici de déterminer les facteurs spécifiques qui entravent l'utilisation des méthodes modernes dans ce pays, c'est-à-dire de préciser si les femmes camerounaises n'ont pas recours aux méthodes contraceptives modernes parce qu'elles les rejettent ou parce que celles-ci leur sont inaccessibles.

■ Méthodologie et données

L'Enquête démographique et de santé réalisée au Cameroun en 1991 fournit des données sur les femmes et leurs conjoints. Pour les besoins de l'analyse, quatre classes de variables ont été retenues (cf. liste complète en annexe), qui décrivent les concepts suivants : la modernisation, la connaissance des méthodes modernes de contraception, la pratique de la contraception et les normes et valeurs en matière de fécondité.

La première catégorie de variables porte sur les caractéristiques socio-économiques, culturelles et démographiques de la femme et de son conjoint, censées rendre compte de la modernisation. Ces variables permettent, d'une part de prendre en compte les différences culturelles ainsi que les disparités économiques liées au lieu et à la province de résidence, ou à la religion, d'autre part de situer la femme socialement grâce à son âge, son niveau d'instruction, son état matrimonial, ou encore sa parité. La possession de certains biens matériels peut être considérée comme un indicateur de confort, qui rend également compte de la position sociale. Pour ce qui concerne le conjoint, seuls le niveau d'instruction et la religion ont été retenus.

Le deuxième groupe de variables retenues, qui se rapporte à la connaissance des méthodes, repose sur l'hypothèse que la connaissance d'une méthode de contraception ainsi que d'une source d'approvisionnement favorise son utilisation (Sufian, 1992). Étant donné que la question relative à la connaissance d'une méthode de contraception particulière est inexploitable (lors de la saisie, aucune distinction n'a été faite entre les méthodes), la connaissance de toutes les méthodes a

été considérée, tout en distinguant les méthodes traditionnelles des méthodes modernes. On en outre été intégrées dans ce groupe les variables relatives à l'information concernant la planification familiale à travers les mass média.

Les variables caractérisant la pratique de la contraception (le troisième groupe) concernent les femmes qui ont déjà eu recours à une méthode contraceptive. Pour les femmes n'ayant jamais utilisé de méthode contraceptive et pour celles qui n'en utilisent pas une actuellement, c'est l'intention d'utilisation future d'une méthode contraceptive qui est prise en compte.

Enfin, le dernier groupe de variables concerne les normes et les préférences en matière de fécondité ainsi que les discussions entre conjoints sur la planification familiale. Elles fournissent une indication sur des mentalités et coutumes qui conditionnent l'adoption des attitudes de rejet ou d'acceptation de la planification familiale.

Au total, nous disposons pour chacune des 3 871 femmes enquêtées de 47 variables correspondant à 180 modalités. Pour analyser cette masse d'informations en vue d'en identifier la structure interne, l'analyse des correspondances multiples a été retenue. Il s'agit d'une analyse des interdépendances qui permet une étude globale des variables et met en évidence les liaisons, les ressemblances ou les différences (Bouroche et Saporta, 1980). Les variables retenues seront transformées, sans hypothèses initiales, afin d'être visualisées dans un espace de dimensions réduites¹.

¹ À propos du fondement théorique de la méthode, notons simplement que l'analyse de correspondances consiste à comparer les profils des modalités de variables dans un espace de dimension J (J étant le nombre total de modalités). Les profils sont calculés à partir de la matrice de contingences multiples de dimension $J \times J$ obtenue par arrangement en une matrice carrée des « tableaux de contingences simples associées aux croisements des variables » retenues (Jambu, 1989). La comparaison des profils permet d'extraire de nouveaux axes orthogonaux correspondant à une condensation des informations parfois redondantes contenues dans la matrice de départ. Les individus, ainsi que les modalités, peuvent alors être représentés dans un espace de faible dimension à l'aide de leurs coordonnées sur les nouveaux axes. L'interprétation des axes se fonde sur la proximité entre les points explicatifs (modalités dont la contribution à l'inertie de l'axe est supérieure à la moyenne). Une fois que les axes définissant l'espace seront identifiés et interprétés, nous procéderons à une analyse des relations existant entre les quatre groupes de variables retenues. Cette étude, qui se veut avant tout exploratoire (aucune hypothèse n'a été privilégiée) a pour but d'identifier les facteurs qui expliquent le mieux le recours à la contraception moderne. Pour plus de détails lire, entre autres, Bourouche et Saporta (1980), Jambu (1989), Noubissí (1994).

Résultats

Précisons que l'analyse est restreinte aux seules femmes ayant déclaré vivre avec un partenaire au moment de l'enquête² (3 037 femmes au total), car pour les autres les variables portant sur le conjoint (niveau d'instruction, profession, religion, etc.) deviennent alors sans objet.

Analyse des interdépendances entre toutes les variables retenues

Sans aucune hypothèse préalable, nous avons jugé intéressant de commencer par interpréter les interdépendances existant entre toutes les variables retenues, sans distinction préalable du concept décrit par les variables. Ainsi, la première lecture des résultats montre que l'univers des diverses variables retenues peut être réduit à un espace à cinq dimensions³. Ces cinq premiers axes épuisent près de 25 % de l'inertie totale (ce qui est une valeur très honorable puisque la méthode sous-estime la valeur réelle de l'inertie expliquée par chaque axe). Cependant, seuls les deux premiers axes (soit 16 % d'inertie expliquée) qui condensent déjà l'essentiel des informations seront interprétés ; plus le nombre d'axes augmente, plus se multiplie le particularisme de certains groupes et plus l'interprétation devient difficile et moins utile pour les objectifs que nous poursuivons (tableau 2, en annexe).

Le premier axe fait apparaître l'association qui existe entre le degré de modernisation des femmes, caractérisé par leur situation sociale, et leur réceptivité à la planification familiale. Ainsi, cet axe oppose de manière très nette la région du Nord et le milieu rural à la région du Centre-Sud (surtout Yaoundé et Douala, les capitales politique et

² Les femmes sans partenaires auraient, dès le départ, constitué un groupe qui aurait perturbé la construction des axes (Masuy-Stroobant, 1988 et Jambu, 1989). Cependant, une fois les axes définis et les groupes constitués, les femmes sans partenaires (834 au total) pourront être « récupérées » dans un groupe à part et traité comme tel.

³ Il est conseillé de limiter le nombre d'axes à interpréter au numéro à partir duquel les taux d'inertie n'évolue pratiquement plus.

économique du pays), c'est-à-dire les zones les moins développées du Cameroun à celles qui concentrent tous les privilèges liés à la modernisation. Toutefois, la forte interdépendance entre les modalités qui décrivent la situation socio-économique défavorable et le rejet de la contraception ne s'observent pas pour les autres modalités.

En effet, s'il est vrai que le lieu de résidence, le niveau d'instruction de la femme et celui de son partenaire sont associés à une meilleure connaissance de la contraception, il en va différemment de son utilisation. En d'autres termes, certaines femmes savent ce qu'est la contraception moderne et ont les moyens de se procurer une méthode, mais n'y ont jamais eu recours. De même, il ne se dégage pas d'association nette entre les attributs de modernité et la communication dans le couple, que celle-ci porte sur le nombre idéal d'enfants ou sur des questions relatives à la régulation des naissances.

Le deuxième axe est construit autour de l'état matrimonial et du type d'union: les femmes veuves, divorcées et séparées ainsi que celles vivant en union libre se démarquent des femmes mariées et en union monogame. Cette opposition est probablement liée au fait que les femmes veuves, divorcées et séparées, bien que vivant en union libre n'ont pas fourni de renseignements sur leurs partenaires.

Dans le but de dégager la nature des relations qu'entretiennent, d'une part, la pratique de la contraception et, d'autre part, la modernisation, les normes et valeurs en matière de fécondité et les connaissances des méthodes, nous avons appliqué l'analyse des correspondances multiples sur chaque groupe de variables décrivant chacun de ces concepts. Après avoir identifié et interprété les axes servant d'indicateurs à chacun d'eux, nous avons étudié les corrélations existant entre les quatre concepts.

Analyse des interdépendances entre les concepts retenus

En distinguant les groupes de variables qui décrivent chacun des concepts, nous avons appliqué quatre fois l'analyse des correspondances multiples et chaque fois, le premier axe a été retenu comme indicateur du concept concerné.

Dimension modernisation (inertie expliquée = 0,37889)

Points explicatifs « négatifs »	Points explicatifs « positifs »
- Instruction de la femme = aucune (- 0,901 0,048)	- Nature du lieu de résidence = Douala-Yaoundé (1,111 0,049) - Instruction de la femme = Secondaire et plus (1,103 0,045) - Instruction du partenaire = Secondaire et plus (0,944 0,044) - Ménage a la télévision = oui (1,127 0,047) - Ménage a l'électricité = oui (0,897 0,049) - Ménage a le réfrigérateur = oui (1,291 0,045) - Femme regarde la télévision = oui (0,968 0,051)

Dimension « risque de concevoir » (inertie expliquée = 0,41433)

Points explicatifs « négatifs »	Points explicatifs « positifs »
	- désire un enfant = non concerné (2,797 0,208) - partenaire approuve PF = non concerné (2,797 0,208) - discute PF avec partenaire = non concerné (2,797 0,208) - discute parité avec partenaire = non concerné (2,797 0,208)

Dimension « normes et valeurs fécondité » (inertie expliquée = 0,32283)

Points explicatifs « négatifs »	Points explicatifs « positifs »
- accord planning familial ? = désapprouve (-0,809 0,093)	- opinion partenaire PF = approuve (1,318 0,120) - parle PF avec partenaire = oui (1,218 0,132) - accord planning familial ? = approuve (0,767 0,091)

Dimension « pratique de la contraception » (inertie expliquée = 0,54706)

Points explicatifs « négatifs »	Points explicatifs « positifs »
	- utilise actuellement une méthode = oui (1,905 0,127) - méthode utilisée = moderne (1,894 0,135) - durée d'utilisation = - 1 an (1,984 0,060) - intention d'utiliser contraception = non concerné (1,894 0,135) - source si utilisation = non concerné (1,209 0,086)

Dimension « connaissance de la contraception » (inertie expliquée = 0,84247)

Points explicatifs « négatifs »	Points explicatifs « positifs »
- connaît une méthode = non (- 1,067 0,154) - a déjà utilisé une méthode = non concerné (- 1,067 0,154) - connaît une source = non concerné (- 1,066 0,154)	- connaît une méthode = oui (1,015 0,083) - a déjà utilisé une méthode = jamais (0,850 0,097) - connaît une source = oui (0,997 0,105)

Tableau 1
Présentation des dimensions qui mesurent
les quatre concepts retenus.

La première dimension du concept « modernisation » est homogène : elle oppose les femmes résidant à Douala et Yaoundé, de niveau d'instruction élevé (de même que leur partenaire) et qui vivent dans un certain confort matériel, aux femmes n'ayant aucune instruction.

La première dimension du concept « connaissances des méthodes » met en évidence la distinction qui existe entre la connaissance d'une méthode contraceptive moderne et l'utilisation de la contraception : une forte proportion de femmes qui connaissent une méthode et une source d'approvisionnement n'a jamais eu recours à la contraception. Néanmoins, cette dimension oppose nettement les femmes qui connaissent une méthode ainsi qu'une source d'approvisionnement à celles qui n'en connaissent pas.

Sans surprise aucune, la première dimension du concept « pratique des méthodes » est élaborée par les femmes qui utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. Il est à remarquer que, pour la majorité de ces femmes, la durée d'utilisation est inférieure à un an.

Pour le concept « normes et valeurs en matière de fécondité », la première dimension représente plutôt l'exposition au risque de concevoir. En effet, elle est construite autour des « non concernées » par les questions relatives à l'opinion du partenaire et au désir d'enfants supplémentaires : les femmes stérilisées et les femmes qui ont déclaré ne pas vivre avec un partenaire. Pour cette raison, nous avons également retenu la deuxième dimension qui rend mieux compte du concept. Cette dernière est construite autour des femmes qui désapprouvent la planification familiale en négatif et, en positif, des femmes qui approuvent la planification familiale, de même que leur partenaire et en discutent au sein de leur couple.

Afin d'identifier les facteurs qui expliquent le mieux la pratique de la contraception au Cameroun, nous avons procédé à l'examen des coefficients de corrélation entre les quatre concepts (tableau 2). Les résultats montrent une forte association entre la « pratique des méthodes » et, respectivement, « les normes et valeurs » (52 %), « la connaissance des méthodes » (50 %) et « la modernisation » (47 %). Par ailleurs, il existe une forte association entre « la modernisation » et « les normes et valeurs en matière de fécondité » (72 %), « la modernisation » et « la connaissance » (69 %) et enfin entre « la connaissance » et « les normes et valeurs » (65 %).

L'analyse de la régression multiple confirme la primauté de l'impact des « normes et valeurs en matière de fécondité » sur la pratique de la contraception (tableau 3). La modernisation n'intervient qu'en dernier lieu, après les connaissances.

	Pratique	Connaissance	Normes		Modernisation
			Axe 1	Axe 2	
Pratique	100	50	19	52	47
Connaissance		100	20	65	69
Normes Axe 1			100	0	16
Axe 2				100	68
Modernisation					100

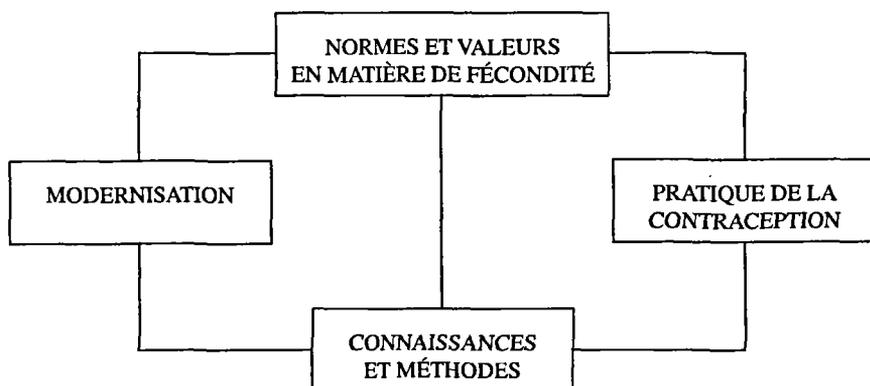
Tableau 2

Corrélation entre la pratique, la connaissance de la contraception, les normes et valeurs en matière de fécondité et la modernisation (%).

Concepts	Coefficients	Seuil (%)
Ordonnée	0	100,00
Connaissance	0,161	0,01
Normes Axe 1	0,162	0,01
Axe 2	0,434	0,01
Modernisation	0,098	0,04
R ²	34 %	

Tableau 3

Paramètres de régression de la pratique sur la connaissance, les normes et la modernisation.



En résumé, si les normes et valeurs en matière de fécondité expliquent le mieux le recours à la contraception, suivies par la connaissance, la forte corrélation entre ces deux concepts et la modernisation montre que ce dernier facteur reste important pour l'acceptation de la contraception. En effet, la modernisation, tout en apportant une meilleure connaissance des méthodes, agit progressivement sur les normes et valeurs en matière de fécondité, qui constituent le déterminant crucial de la pratique de la contraception.

Conclusion

Au terme de ce travail, il apparaît que la faible prévalence contraceptive (proportion de femmes utilisant une méthode moderne de contraception au moment de l'enquête) au Cameroun, 4,2 % (Balépa *et al.*, 1992), relève plus d'une mentalité qui favorise la forte fécondité que d'un manque de connaissances ou de moyens d'accès aux méthodes. Ainsi, nous avons vu que les normes et valeurs en matière de fécondité conditionnent fortement la pratique de la contraception. *C'est parce que ces normes n'ont pas changé pour la majorité des femmes, qui vivent toujours dans une culture où la forte fécondité est valorisée, que le recours à la contraception reste si peu élevé.* Cependant, chez les femmes « modernes », la prévalence contracep-

tive est plus élevée que dans les autres groupes de femmes. Les normes et valeurs en matière de fécondité sont en mutation dans ce groupe : leurs références culturelles ne sont plus celles de la société traditionnelle, mais tendent plutôt vers celles de la société occidentale.

Bien que les conclusions obtenues ici ne soient pas nouvelles, l'intérêt de ce travail est de proposer une piste pour l'étude des déterminants de la pratique contraceptive par la méthode d'analyse des interdépendances. Cependant, toutes les possibilités qu'offre cette méthode n'ont pas été épuisées. Un travail ultérieur pourrait permettre, au-delà d'une interprétation approfondie des différentes dimensions, de constituer des groupes de femmes homogènes afin d'identifier plus finement les facteurs qui entravent le recours aux méthodes contraceptives modernes.

Bibliographie

- BALEPA M., BARRERE B.,
FOTSO M., 1992 —
*Enquête démographique et de santé
Cameroun 1991*. Cameroun,
Direction nationale du deuxième
recensement général de la population
et de l'habitat, décembre 1992, 285 p.
- BOUROCHE J.M., SAPORTA G., 1980 —
L'analyse des données. Que sais-je ?,
n° 1854, Presse universitaire
de France, 127 p.
- CALDWELL J.C., ORUBULOYE I.O.,
CALDWELL P., 1992 —
« Fertility Decline In Africa: A New
Type of Transition ? », *Population
and Development Review*,
18 (2): 211-242.
- CHEN C.H.C., SANTISO R.G.,
MORRIS L., 1983 —
« Impact of Accessibility of
Contraceptives on Contraceptive
Prevalence in Guatemala », *Studies
in Family Planning*, 14 (11): 275-283.
- JAMBU M., 1989 —
*Exploration informatique et statistique
des données*. Paris, Bordas
et CNET-ENST, 498 p.
- MASUY-STROOBANT G., 1988 —
*Santé et de l'enfant et inégalités
sociales*. Louvain-la-Neuve, Institut de
démographie, Ciaco éditeur, 283 p.
- MHLOYI M., 1988 —
« The Determinants of Fertility
in Africa under Modernization »,
African Population Conference,
Dakar, Sénégal, 7-12 novembre,
1988, Liège, UIESP: 2.3.1-19.
- NOUMBISSI A., 1994 —
*Les approches individuelles pour
l'étude de la mortalité des enfants
dans les pays du Sud, Méthodologies
et applications au Cameroun*. Thèse
de doctorat en démographie, Institut
de démographie, UCL,
Louvain-la-Neuve, 306 p.
- SUFIAN A.J.M., 1992 —
« Determinants of contraceptive
knowledge and family planning
services in Bangladesh »,
Genus, XLVIII (3-4): 119-128.
- VAN DE WALLE F., OMIDEYI K., 1988 —
« The Cultural Roots of African
Fertility Regimes ». In: *African
population conference*, Dakar,
Sénégal, 7-12 novembre, 1988,
Liège, UIESP: 2.2.35-53.
- WESTOFF C.F., 1988 —
« Is the KAP-Gap Real ? »,
Population and Development Review,
14 (2): 225-232.
- WESTOFF C.F., 1992 —
« Measuring the Unmet Need
for Contraception: Comment
on Bongaarts », *Population
and Development Review*,
18 (1): 123-125.

Annexes

Liste des variables retenues par concept

I. Modernisation

- 1) province de résidence
- 2) lieu de résidence
- 3) âge de la femme
- 4) niveau d'instruction
- 5) type d'union
- 6) religion
- 7) âge à la première union
- 8) niveau d'instruction du conjoint
- 9) religion du conjoint
- 10) type d'activité de la femme
- 11) rémunération
- 12) lieu de travail
- 13) écoute de la radio
- 14) regarde la télévision
- 15) a l'électricité
- 16) possède un transistor
- 17) possède un poste de télévision
- 18) possède un réfrigérateur

II. Connaissances des méthodes contraceptives modernes

- 1) a entendu parler d'une méthode contraceptive
- 2) déjà utilisé au moins une fois une méthode contraceptive
- 3) connaît une source d'approvisionnement
- 4) a déjà entendu un message concernant la PF à la radio
- 5) a déjà vu un message concernant la PF à la télévision
- 6) a déjà lu un message concernant la PF dans la presse

III. Pratique de la contraception

- 1) utilise actuellement une méthode contraceptive
- 2) méthode utilisée
- 3) source d'approvisionnement actuelle
- 4) facilité d'accès ou non à la source
- 5) durée écoulée depuis le début d'utilisation de la méthode
- 6) parité à la première utilisation de la contraception

- 7) intention future d'utiliser une méthode contraceptive ?
- 8) quelle méthode ?
- 9) raison de la non utilisation actuelle de méthode
- 10) raison de la non intention d'utiliser une méthode dans le futur
- 11) source d'approvisionnement future si intention d'utiliser une méthode

IV. Normes et valeurs en matière de fécondité

- 1) parité au moment de l'enquête
- 2) désirait ou non le dernier enfant
- 3) désire avoir un prochain enfant
- 4) partenaire approuve la planification familiale
- 5) a déjà parlé de la planification familiale avec le partenaire
- 6) a déjà discuté avec le partenaire de la parité
- 7) approuve la planification familiale
- 8) approuve ou non la publicité sur la planification familiale
- 9) avantages liés au nombre d'enfants
- 10) désavantages liés au nombre d'enfants
- 11) nombre d'enfants idéal

Numéro de l'axe	Inertie (absolue)	inertie* (%)
1	0,31428	11,28
2	0,13267	4,76
3	0,09698	3,48
4	0,07894	2,83
5	0,06151	2,21
6	0,05736	2,06
7	0,05349	1,92
8	0,04802	1,72
9	0,04254	1,53
10	0,03925	1,41
11	0,03762	1,35
12	0,03611	1,30
13	0,03408	1,22
14	0,03248	1,17
.	.	.
.	.	.
Total	2,78723	100,00

(*) La décroissance des inerties expliquées par les axes indique l'existence d'interdépendances entre variables retenues. Dans le cas contraire, il est conseillé de ne pas poursuivre l'analyse.

Tableau annexe 1
Inertie expliquée par chacun des axes.

Axe 1 ou axe modernisation (inertie = 0,314)

Points explicatifs « négatifs »	Points explicatifs « positifs »
- Province de résidence = Nord (- 0,915 0,018)	- Province de résidence = Centre Sud (0,748 0,010)
- Nature du milieu d'habitat = rural (- 0,578 0,010)	- Nature du milieu d'habitat = Douala-Yaoundé (0,978 0,018)
- Âge au premier mariage = moins de 15 ans (- 0,650 0,007)	- Parité à l'enquête = 0 enfant (0,988 0,012)
- Activité de la femme = aide familiale (- 0,959 0,007)	- Instruction de la femme = secondaire et plus (1,124 0,022)
- Instruction de la femme = aucune (- 0,883 0,021)	- Instruction du partenaire = secondaire et plus (0,923 0,019)
- Instruction du partenaire = aucune (- 0,793 0,017)	- Religion de la femme = catholique (0,481 0,006)
- Religion de la femme = autres (- 0,984 0,007)	- Religion du partenaire = catholique (0,489 0,006)
- Religion de la femme = musulmane (- 0,760 0,008)	
- Religion du partenaire = musulmane (- 0,734 0,008)	- Ménage avec électricité = oui (0,787 0,018)
- Ménage avec électricité = non (- 0,566 0,013)	- Ménage avec réfrigérateur = oui (1,151 0,016)
- Ménage avec radio = non (- 0,560 0,008)	- Ménage avec la télévision = oui (0,976 0,016)
	- Entendu parler planning familial = oui (1,034 0,020)
- Entendu parler planning familial = non (- 0,825 0,021)	- Connaît la source d'une méthode = oui (1,002 0,024)
- A utilisé au moins une méthode = non concerné (- 0,825 0,021)	- A utilisé au moins une méthode = oui (1,275 0,010)
- Utilise actuellement une méthode = non concerné (- 0,531 0,011)	- A utilisé au moins une méthode = jamais (0,579 0,010)
- Opinion du partenaire = désapprouve (- 0,542 0,009)	- Utilise actuellement méthode = oui (1,231 0,020)
- A intention d'utiliser = non (- 0,655 0,016)	- Méthode actuellement utilisée = moderne (1,206 0,020)
- Pourquoi pas d'intention=veut des enfants (- 0,706 0,012)	- Source de la méthode actuelle = privé (1,507 0,006)
- Ecoute radio = non (- 0,595 0,012)	- Accessibilité source méthode = facile (1,447 0,006)
- Regarde TV = non (- 0,524 0,012)	- durée d'utilisation = moins d'un an (1,206 0,008)
- Approuve planning familial = non (- 0,820 0,021)	- Opinion du partenaire = approuve (0,978 0,014)
- Accord publicité PF sur les média = non (- 0,944 0,017)	- Parité idéale = 5-9 enfants (0,538 0,008)
- Discute du planning familial avec conjoint = non (- 0,513 0,011)	- Ecoute radio = oui (0,647 0,014)
- Discute du nombre d'enfants avec conjoint = non (- 0,411 0,007)	- A écouté PF à la radio = oui (1,001 0,007)
- Désavantage lié aux enfants = aucun (- 0,882 0,009)	- Regarde TV = oui (0,894 0,020)
	- A regardé PF à la télé = oui (1,277 0,009)
- Connaît source approvisionnement = non concerné (- 0,825 0,021)	- Approuve le planning familial = oui (0,729 0,018)
- Connaît source (intention) = non concerné (- 0,662 0,017)	- Accord publicité PF sur les média = oui (0,481 0,010)
- Parité à la contraception = non concerné (- 0,689 0,017)	- Discute du planning familial avec conjoint = non (0,922 0,017)
	- Discute du nombre d'enfants avec conjoint = non (0,718 0,010)
	- Raison de non utilisation = non concerné (1,206 0,020)
	- Intention utilisation = non concerné (1,206 0,020)
	- Connaît source (intention) = non concerné (1,042 0,024)

Axe 2 (inertie = 0,133)

Points explicatifs « négatifs »	Points explicatifs « positifs »
- État matrimonial = en union (- 0,301 0,013)	- État matrimonial = veuves / divorcées / séparées (2,743 0,119)
- Type d'union = monogame (- 0,343 0,011)	- Type d'union = union libre (2,734 0,119)
- Désire avoir d'autres enfants = oui (- 0,377 0,015)	- Age au moment de l'enquête = 40-44 ans (0,594 0,006)
- Opinion du partenaire = approuve (- 0,478 0,008)	- Source d'approvisionnement = public (1,552 0,006)
- Discute PF avec partenaire = non (- 0,282 0,008)	
- Discute PF avec partenaire = oui (- 0,468 0,010)	
- Discute nombre enfants avec partenaire = non (- 0,275 0,007)	
- Discute nombre enfants avec partenaire = oui (- 0,455 0,009)	
	- Parle PF avec partenaire = non concerné (2,715 0,131)
	- Parle parité avec partenaire = non concerné (2,715 0,131)
	- Accord planning familial = non concerné (1,332 0,009)
	- Opinion conjoint = non concerné (2,721 0,131)
	- Désire enfant = non concerné (2,721 0,131)

Tableau annexe 2

Les points explicatifs selon les différents axes à l'EDSC

(entre parenthèses, les coordonnées et les contributions partielles)



Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal

Pierre Ngom

L'utilisation des méthodes modernes de planification des naissances reste encore timide dans les pays de l'Afrique de l'Ouest où la prévalence contraceptive est généralement inférieure à 10 %. En outre, les taux de mortalité maternelle et infantile y sont les plus élevés au monde. Au Sénégal, la première phase de l'Enquête démographique et de santé de 1986 (EDS-I Sénégal) a révélé une prévalence contraceptive de 3 %, une faible proportion (moins de 31 %) de mères ayant déclaré avoir reçu une vaccination antitétanique, et un taux de mortalité infanto-juvénile de l'ordre de 190 pour mille (Ndiaye *et al.*, 1986). En ce qui concerne la mortalité maternelle, les estimations fournies par Cantrelle *et al.* (1992) et Abou Zahr et Royston (1991) sont de 6 décès maternels pour mille naissances vivantes.

Pourtant les campagnes d'IEC (Information, Éducation et Communication) en matière de planification familiale et santé de la reproduction ont largement investi dans la promotion de la « parenté responsable » et de certaines pratiques élémentaires visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant. La majeure partie des femmes sénégalaises sont informées de l'existence des méthodes modernes de régulation des naissances, ainsi que des avantages qu'elles ont de fréquenter régulièrement les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les cliniques de planification familiale, les postes de santé,

etc. Il existe donc comme un phénomène de résistance à la diffusion des informations sur la santé de la reproduction.

La présente communication a pour but de montrer que les réseaux informels de communication pourraient être responsables d'une telle résistance. Les réseaux informels de communication sont essentiellement les canaux interpersonnels de transmission de l'information. Ce sont les contacts informels de tous les jours : les séances de conversations quotidiennes avec la voisine, les causeries autour du puits ou en faisant le marché, bref, les interactions informelles avec l'entourage.

Nous examinerons d'abord l'importance et le rôle des réseaux informels de communication en ce qui concerne la diffusion des informations en matière de planification familiale. Pour ce faire, nous utiliserons des données provenant de l'EDS-I Sénégal, ainsi que les résultats de quelques recherches récentes menées au Sénégal. Nous aborderons ensuite les deux questions suivantes : les réseaux informels de communication influencent-ils l'attitude des femmes face à la planification familiale ? Ces réseaux affectent-ils les comportements des femmes en matière de santé maternelle et infantile ? La réponse à ces deux questions s'appuiera également sur l'EDS-I Sénégal.

■ Importance et rôle des réseaux informels de communication

Les informations relatives à la santé de la reproduction sont fournies aux femmes à travers deux sources principales :

– le secteur moderne : la radio, la télévision, la presse écrite, et le personnel des infrastructures de santé. Le personnel des infrastructures de santé englobe celui des centres de santé et de planification familiale : centres de protection maternelle et infantile, maternités, hôpitaux, cliniques privées, pharmacies, etc. ;

– le secteur informel de la communication : l'entourage, c'est-à-dire les personnes (autres que le personnel de santé) qui sont en fréquentes interactions avec les femmes : maris, voisines, amies, parentes, etc.

Première source d'information sur la contraception	%
PMI	0,4
Maternité, hôpital	0,6
Clinique privée	0,2
Docteur privé	0,3
Personnel de santé	1,3
Travailleur social	0,7
Pharmacie	0,0
Entourage*	79,1
Radio, télévision	6,8
Journaux	0,6
Autres	9,3
Ne sait pas	0,6
Total	100,0
Nombre de femmes	3981

* Cette catégorie comprend : « Mari » (1,2 %), « Associations féminines » (2,1 %), et « Autres personnes » (75,8 %).
Source : EDS-I Sénégal, 1986.

Tableau 1

Distribution des femmes enquêtées au Sénégal selon leur première source d'information sur la contraception moderne.

L'importance relative de ces différents réseaux de communication peut être appréhendée en demandant aux femmes d'identifier leur première source d'information sur la contraception ou sur la santé maternelle et infantile. L'EDS a recueilli des informations concernant la première source d'information sur la contraception. La question suivante a été posée aux enquêtées : « de qui ou comment avez-vous obtenu des informations sur la contraception pour la première fois ? » (tableau 1).

La majorité des femmes (79,1 %) ont mentionné l'entourage comme étant leur première source d'information sur la contraception. Parmi les sources clairement identifiées par les enquêtées, la radio et la télévision (6,8 %) viennent en deuxième position. Ces résultats suggèrent que le secteur informel occupe une place importante dans la transmission des informations concernant la contraception.

La conclusion précédente n'est pas directement applicable à la diffusion des informations en matière de santé de la reproduction en général puisque nous ne disposons pas de données sur la première source d'information sur la santé maternelle et infantile. Toutefois, il faut noter que, d'une manière générale, la contraception et la planification familiale recourent les notions de bien-être maternel et infantile, au moins à travers les aspects bénéfiques de l'espacement des naissances. En outre, les contraceptifs et les services de planification familiale sont généralement offerts au sein des infrastructures sanitaires.

La fiabilité des réponses à la question sur la première source d'information est discutable, et il est raisonnable de douter si de telles réponses reflètent vraiment l'influence de l'entourage. Les sources de diffusion des informations sur la contraception sont nombreuses (tableau 1) et leur séquence de diffusion n'est certainement pas ordonnée dans le temps. Il est certainement difficile, sinon improbable, que les femmes se rappellent de leur première source d'information sur la contraception. Il est donc fort possible que les sources qu'elles ont identifiées soient en fait une combinaison de leurs sources les plus récentes, de celles dont elles se rappellent le plus, et de celles auxquelles elles font le plus confiance. Toutefois, il est très probable que les réponses reflètent les sources auxquelles les femmes font le plus appel lorsqu'il s'agit de s'informer sur les problèmes de contraception, ou relatifs à la santé de la reproduction d'une façon générale. L'analogie peut d'ailleurs être faite avec une pratique courante en psychologie médicale où les réponses sur la première source d'information concernant un nouveau médicament sont souvent utilisées comme indicateur de l'importance des réseaux informels de communication entre médecins (Coleman *et al.*, 1966). Lorsque 79 % des enquêtées désignent l'entourage comme leur première source d'information en matière de contraception, cela signifie simplement que l'entourage joue un rôle important dans la diffusion des informations en matière de contraception.

D'après l'Enquête démographique et de santé (tableau 1), il n'y a aucun doute que les réseaux informels de communication véhiculent une masse importante d'information sur la contraception. Cette conclusion est renforcée par certaines recherches menées au Sénégal au cours des dix dernières années.

Nichols *et al.* (1985 : 275) ont analysé des données sur 1 219 clientes de trois cliniques de planification familiale de Dakar et concluent que « pour les cliniques de l'ASBEF et de la PMI, sept dixième des clientes ont été informées sur ces services par une amie ou une parente ». La même étude indique que le choix de la clinique à fréquenter est souvent fait sous l'influence de l'entourage. L'étude de Nichols *et al.* (1985) couvrait seulement des cliniques situées à Dakar. En 1989, le Bureau national du recensement du Sénégal, le projet Santé familiale et population et le Center for Population and Family Health ont conduit une étude similaire portant sur 20 centres de planification familiale répartis sur le territoire national. Cette recherche suggère également que les clientes des centres de planification familiale tiennent beaucoup compte des conseils prodigués par leur entourage.

À la fin des années 1980, d'importantes données ont été collectées dans le cadre de l'évaluation de l'impact des campagnes d'information conduites par le projet Santé familiale et population au niveau de 7 villes du Sénégal. Kane et Ly (1986) examinent ces données et montrent que 43 % des enquêtées ont appris l'existence de ce projet par l'intermédiaire de réseaux informels.

Le secteur informel de la communication occupe donc une place importante dans la diffusion des informations en matière de planification familiale. La simple transmission d'information n'est cependant pas intéressante si elle n'affecte pas les comportements et les attitudes des femmes. Les réseaux informels influencent-ils l'attitude des femmes face à la planification familiale ? Ces réseaux conditionnent-ils le comportement des femmes en matière de santé maternelle et infantile ?

Rôle des réseaux informels sur la santé de la reproduction

La planification familiale et la santé maternelle et infantile sont les composantes importantes de la santé de la reproduction. Le rôle du secteur moderne de la communication est de promouvoir la planification familiale et l'adoption de comportements qui améliorent la

santé de la mère et de l'enfant. La diffusion d'informations sur les aspects bénéfiques de la planification familiale vise à susciter des attitudes positives au sein des populations ciblées. Un des objectifs à atteindre est d'accroître la proportion de femmes en âge de procréer qui approuvent la planification familiale tout en augmentant la proportion de femmes qui ont l'intention de la pratiquer dans le futur. Ces activités d'information peuvent également viser directement la santé maternelle et infantile, par la promotion au sein des populations des bienfaits des consultations prénatales, des vaccinations antitétaniques, et de l'accouchement dans un centre de santé.

Quant au rôle du secteur informel de la communication sur ces différents facteurs liés à la santé de la reproduction, il est mal connu. Dans ce qui suit, nous examinerons tout d'abord l'effet des réseaux informels de communication sur les attitudes des femmes face à la planification familiale. Notre attention portera ensuite sur l'influence de tels réseaux sur trois déterminants de la santé maternelle et infantile : les consultations prénatales, l'assistance à l'accouchement et la vaccination antitétanique.

Réseaux informels de communication et attitudes face à la planification familiale

Les réseaux informels de communication semblent avoir un effet négatif sur l'attitude des femmes face à la planification familiale. En effet, l'entourage a une influence négative sur l'approbation de la planification familiale et sur son utilisation future. Environ 42 % des femmes les plus exposées aux réseaux informels approuvent la planification familiale, alors que la proportion correspondante est de 63 % pour celles qui ont mentionné les autres réseaux de communication (tableau 2 et figure 1). De même, 21 % des femmes les plus exposées aux réseaux informels ont déclaré qu'elles ont l'intention de pratiquer la planification familiale dans le futur, contre 39 % pour les femmes qui ont recours aux autres réseaux de communication. Les différences peuvent toutefois ne pas être liées au type de réseau de communication : elles peuvent refléter l'influence d'autres facteurs qui sont fortement corrélés à la fois avec les réseaux de communication et les attitudes face à la planification familiale. Il se peut, par exemple, que l'effet apparent des réseaux informels de communica-

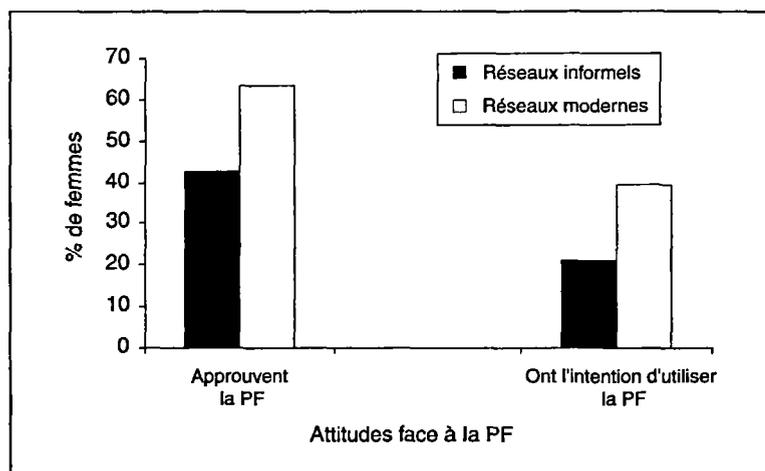
Première source d'information	Attitudes face à la PF			
	Femmes qui approuvent la PF		Femmes qui ont l'intention d'utiliser la PF	
	%	effectif	%	effectif
Réseaux informels* :	42,5	2968	21,3	2 689
Autres réseaux** :	63,5	778	39,3	614
Total	46,7	3746	24,6	3303

* Maris, associations féminines, autres personnes.

** PMI, maternités, hôpitaux, cliniques privées, personnel de santé, travailleurs sociaux, pharmacies, radio, télévision, journaux, et autres réseaux non identifiés.

Source : EDS-I Sénégal, 1986.

Tableau 2
Réseaux de communication et attitudes des femmes face à la planification familiale (PF) au Sénégal.



Source : EDS-I Sénégal, 1986.

Figure 1
Réseaux de communication et attitudes face à la planification familiale.

tion représente en fait les différences d'attitudes entre femmes non instruites et femmes instruites. Les femmes qui ont le plus souvent recours au secteur moderne de la communication (radio, télévision, presse écrite, etc.) sont probablement celles qui ont le niveau d'instruction le plus élevé, et sont probablement plus jeunes. Il y a également beaucoup plus de chances de les retrouver en milieu urbain. Pour interpréter ces résultats, il faudra donc s'assurer que les différences selon le type de réseau de communication persistent même lorsque l'influence des variables précédentes est prise en compte. Pour ce faire, nous avons utilisé des régressions logistiques avec comme variable à expliquer l'attitude des femmes face à la planification familiale et comme variable explicative le type de réseau de communication, les facteurs indiqués ci-dessus servant de variables de contrôle.

Les résultats de ces régressions confirment que l'effet négatif des réseaux informels de communication, sur les attitudes face à la planification familiale, persiste même après avoir pris en compte les variations éventuelles dues à l'âge de la femme, à son niveau d'instruction, à son lieu de résidence, à son utilisation antérieure d'une méthode moderne de contraception, et au niveau d'instruction de son mari. Comparées au reste de la population étudiée, les femmes qui ont plus recours aux réseaux informels de communication désapprouvent plus la planification familiale, et sont moins enclines à avoir l'intention de l'utiliser dans le futur.

Il est possible de spéculer, avec raison, qu'attitudes et intentions négatives vis-à-vis de la planification familiale sont fortement corrélées avec une utilisation timide des services de planification familiale. Par conséquent, il faudra s'attendre à une relation négative entre réseaux informels de communication et santé de la reproduction. C'est cette relation que nous explorons dans la section suivante.

Réseaux informels de communication et santé maternelle et infantile

L'EDS I-Sénégal fournit des informations sur trois variables qui sont fortement corrélées avec la santé maternelle et infantile : les visites prénatales, l'assistance à l'accouchement, et la vaccination contre le tétanos. Les visites prénatales permettent de prévoir à temps certaines

	Indicateurs de la santé maternelle et infantile					
	Femmes vaccinées contre le tétanos		Femmes ayant eu une visite prénatale		Femmes ayant eu une assistance à l'accouchement	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Réseaux informels*	30,1	1946	65,4	1965	43,1	1965
Autres réseaux**	38,1	507	67,2	510	42,9	510
Total	31,8	2453	65,8	2465	43,0	2475

* Maris, associations féminines, autres personnes.

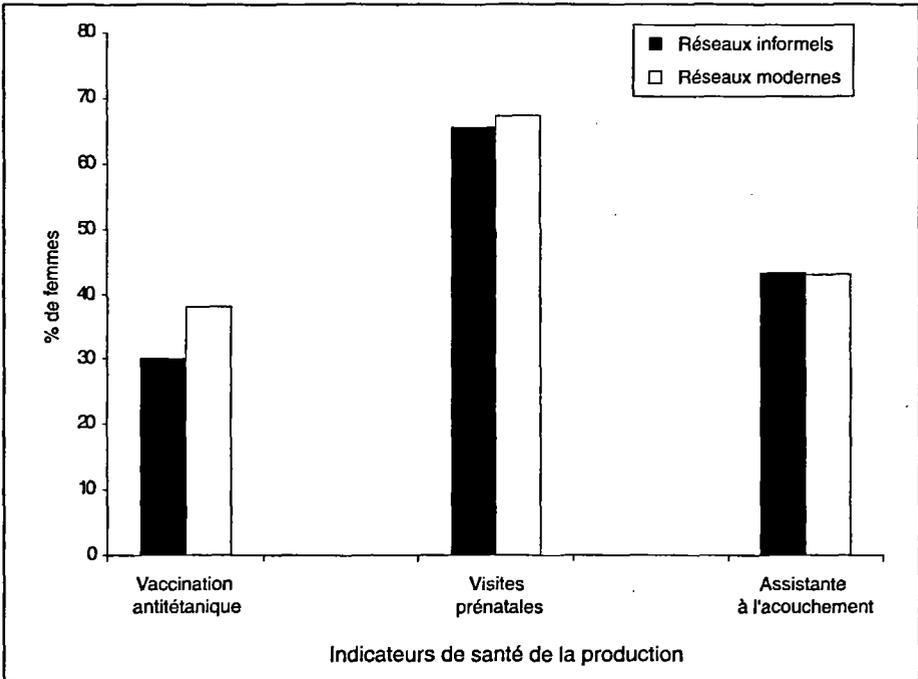
** PMI, maternités, hôpitaux, cliniques privées, personnel de santé, travailleurs sociaux, pharmacies, radio, télévision, journaux et autres réseaux non identifiés.

Source : EDS-I Sénégal, 1986.

Tableau 3
Réseaux de communication
et santé maternelle et infantile au Sénégal.

complications liées à la grossesse en cours : par exemple, il peut être conseillé aux femmes avec un bassin pas assez large pour supporter un accouchement par voie normale, d'envisager une césarienne. Ces visites prénatales sont également une bonne occasion pour identifier certaines maladies infectieuses (telles que l'hépatite qui est assez répandue au Sénégal, la tuberculose, etc.) qui sont généralement plus fatales pour les femmes enceintes. Rappelons qu'en Afrique de l'Ouest, les accouchements difficiles sont la cause de mortalité maternelle la plus importante (Zimicki, 1989). L'assistance à l'accouchement par un personnel de santé est donc un indicateur très important de la santé de la reproduction. Enfin, le vaccin antitétanique administré aux femmes enceintes est bénéfique aussi bien à la mère qu'à l'enfant. Pour chaque femme enquêtée, les informations disponibles sur ces trois indicateurs portent sur les naissances survenues au cours des cinq années précédant la date de l'enquête. Les analyses présentées ici en fonction des réseaux d'information sont limitées aux seules dernières naissances.

Environ 30 % des femmes qui sont supposées avoir plus recours aux réseaux informels de communication ont déclaré avoir reçu une injection antitétanique pour leur dernière grossesse, contre 38 % pour les autres femmes. Pour les autres indicateurs de la santé maternelle et



Source : EDS Sénégal, 1986.

Figure 2
Réseaux de communication en santé de la reproduction.

infantile (assistance à l'accouchement et visites prénatales), les différences selon le type de réseau de communication sont négligeables. Des régressions logistiques réalisées sur ces données confirment les tendances observées : seule la vaccination antitétanique est affectée par le type de réseau de communication.

Ces résultats sont tant soit peu surprenants : l'entourage semblerait décourager les femmes enceintes à se faire vacciner contre le tétanos, alors qu'en ce qui concerne l'assistance à l'accouchement et les visites prénatales, ce même entourage jouerait un rôle plutôt identique à celui des autres réseaux de communication. Notons, toutefois, que les visites prénatales, l'assistance à l'accouchement, et la prévention du tétanos sont fortement corrélées. Les femmes qui respectent les rendez-vous pour les visites prénatales ont probablement plus de

chances d'être vaccinées contre le tétanos et d'accoucher au sein d'un centre de santé. Il est donc fort possible que les aspects bénéfiques des consultations prénatales et de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé soient bien compris par l'entourage, alors que des doutes ou rumeurs négatives circulent à propos des injections antitétaniques faites pendant la grossesse.

En d'autres termes, ces résultats suggèrent que l'institution qui offre des services en santé de la reproduction n'est pas rejetée par l'entourage, mais que c'est plutôt la technologie utilisée (ici le vaccin) qui n'inspire pas totalement confiance. Cette conclusion est à rapprocher des résultats relatifs à la planification familiale qui montraient une influence négative de l'entourage sur l'attitude des femmes. Là aussi, il s'agit moins d'une opposition de l'entourage à la planification familiale d'une façon générale, que d'une méfiance vis-à-vis des contraceptifs modernes due à des rumeurs négatives sur les effets secondaires qu'ils peuvent causer (Ngom, 1994).

Conclusion

Les réseaux informels de communications sont des systèmes d'aide à la décision en matière de santé de la reproduction. Pour les utilisatrices potentielles des services de planification familiale et de santé de la reproduction, les contacts informels sont une source fiable qui peut leur fournir des informations sur la nature des risques et avantages à encourir. Il est bien sûr difficile de mesurer l'effet de tels réseaux sur les comportements individuels, et les données de l'EDS utilisées ici sont loin d'être idéales pour aborder cette question. Toutefois, les résultats présentés au sein de cette communication suggèrent, qu'au Sénégal, les réseaux informels de communication génèrent un phénomène de résistance à l'adoption des produits contraceptifs et de la médecine moderne de la reproduction. Aussi, des recherches sur le contenu des messages qu'ils véhiculent pourraient aider à mieux concevoir les programmes d'IEC en matière de planification familiale et de santé de la reproduction.

Les théories les plus récentes concernant les réseaux informels de communication en matière de planification familiale s'accordent géné-

ralement sur leurs trois fonctions essentielles : la transmission d'information sur les nouvelles technologies contraceptives, l'évaluation des avantages et risques qui leur sont associés, et leur légitimation sociale (Watkins, 1991 ; Montgomery et Casterline, 1993 ; Kincaid, 1993). Contrairement à la radio, à la télévision, et aux journaux, où l'animateur est anonyme, les réseaux informels de communication permettent l'interaction sociale entre acteurs relativement familiers les uns avec les autres. La transmission informelle d'informations, par exemple sur les problèmes de santé causés par la pilule ou le DIU, se fait à travers les interactions interpersonnelles quotidiennes. C'est avec les amies, voisines et autres parentes que les femmes s'informent sur la disponibilité de tel ou tel contraceptif au sein du centre de santé le plus proche, évaluent le danger qu'il y a à utiliser tel ou tel contraceptif, ou s'enquière de l'acceptabilité sociale de l'utilisation des méthodes modernes de régulation des naissances.

Selon Montgomery et Chung (1994), le recours aux réseaux informels de communication en matière de planification familiale est surtout important au sein de populations où les individus n'ont pas une idée claire sur les avantages et les inconvénients des méthodes modernes de contraception. Lorsqu'une femme n'est pas sûre si la pilule cause des troubles d'estomac, elle en parlera certainement avec ses amies afin de confirmer ou infirmer cette rumeur, avant d'utiliser un tel contraceptif. Il est fort probable, également, que les femmes discutent avec leurs confidentes avant de décider de prendre ou non un vaccin antitétanique. Comme le suggèrent les résultats précédents, l'issue de telles discussions peut influencer négativement les comportements des individus. Cette résistance émanant de l'entourage est généralement alimentée par des rumeurs sur des conséquences fictives que peuvent causer les contraceptifs ou antitétaniques sur la santé de la mère et de l'enfant.

Deux constats s'imposent au vu des résultats présentés dans cet article. Premièrement, les efforts de sensibilisation des programmes nationaux de planification familiale peuvent rester caduques s'ils ne sont pas fondés sur une bonne connaissance des messages véhiculés par les réseaux informels. Il est d'abord nécessaire de recenser l'ensemble des rumeurs négatives qui circulent à travers les réseaux informels, afin d'élaborer les messages adéquats qui pourront les combattre efficacement. Deuxièmement, la promotion de la planification et d'une

meilleure santé de la reproduction doit être accompagnée d'informations claires et précises sur les effets secondaires réels que peuvent causer les contraceptifs et vaccins administrés aux femmes enceintes. C'est surtout pour les contraceptifs modernes qu'il faudrait préciser aux futures utilisatrices l'existence d'un certain nombre d'effets secondaires : risque d'irrégularité du cycle menstruel, de nausée, etc. Lorsque ces problèmes ne sont pas connus à l'avance, ils peuvent créer une panique chez l'utilisatrice et la conduire à abandonner la pratique de la contraception. La première préoccupation milite donc en faveur d'une meilleure conception des campagnes d'IEC en matière de planification familiale et de santé de la reproduction, et la seconde participe de la nécessité de recentrer le contenu de ces campagnes autour de certaines priorités.

Bibliographie

Bureau national du recensement, projet Santé familiale et population [Sénégal], et Center for Population and Family Health [Université de Columbia], 1989 — *Analyse des fiches de consultation des centres de planning familial en tant qu'outil de gestion du programme*. Rapport final, miméo.

ABOU ZAH R., ROYSTON E., 1991 — « Maternal Mortality : A global factbook ». *Division of Family Health*, Organisation mondiale de la santé, Genève : 1-55.

CANTRELLE P., THONNEAU P., TOURÉ B., 1992 — « Mortalité maternelle : deux études communautaires en Guinée », Paris, Ceped, *Les dossiers du Ceped*, n° 20, 43 p.

COLEMAN J. S., KATZ E., MENZEL H., 1966 — *Medical innovation: A diffusion study*,

New-York, Bobbs-Merrill Compagny, Inc.

KANE M., LY A., 1986 — *Évaluation de l'action d'Information, d'Éducation, et de Communication (IEC) du projet santé familiale en zone semi-urbaine : une étude sur l'impact du dispositif publicitaire dans quelques communes du Sénégal*. Dakar, Projet, Unité de communication.

KINCAID D.L., 1993 — *Communication networks and social influence: computer simulation of behavior change in a Bangladesh village*. Miméo

MONTGOMERY M., CASTERLINE J., 1993 — « The diffusion of fertility control in Taiwan: evidence from a pooled cross-section time series model », *Population Studies*, 47 (3) : 475-479.

- MONTGOMERY M., CHUNG W., 1994 —
Social networks and the diffusion of fertility control: the Korean case.
Séminaire UIESP, 16-19 février 1994, Sion
- NDIAYE S., SARR I., AYAD M., 1988 —
Enquête démographique et de Santé, 1986. Calverton, Maryland, USA, ministère de l'Économie et des Finances, Macro International Inc,
- Ngom P., 1994 —
Women's informal communication about family planning in West Africa.
Thèse de Ph. D. en démographie, Philadelphie : université de Pennsylvanie.
- NICHOLS *et al.*, 1985 —
« Vanguard family planning acceptors in Senegal ». *Studies in family planning*, 16 (5) : 271-278.
- WATKINS S., 1991 —
« More lessons from the past: Women's informal networks and fertility decline. » Communication à la conférence de l'UIESP sur la fécondité en Afrique subsaharienne, Hararé.
- ZIMICKI S., 1989 —
« The relationship between fertility and maternal mortality », in PARNEL A. M. (ed.) *Contraceptive use and controlled fertility : health issues for women and children*, Washington DC : National Academic Press : 1-47.

L'échec de la planification familiale dans les « Cités » de l'île Maurice

Yves Charbit

Sarah Hillcoat-Nallétamby

En 1991, l'île Maurice a reçu le prix pour la Population (« *United Nations Population Award* ») en reconnaissance de l'efficacité de son programme de planification familiale lancé à partir des années 1960. En effet, le taux moyen d'accroissement annuel de la population qui était de 3,1 % en 1962 est tombé à 0,8 % en 1990 (Ministry of Health, 1993). La maîtrise progressive de cet accroissement a été attribuée aux effets du programme de planification familiale, ainsi qu'au recul de l'âge au mariage des femmes mauriciennes, et dans une moindre mesure, aux effets de la politique d'émigration (Xenos, 1977). Au cours des années 1980 cependant, certains changements dans la pratique de la contraception ont conduit les responsables nationaux à s'interroger sur les possibles faiblesses d'une politique de population dont le volet planification familiale n'avait pas été jusqu'ici mis en cause, qu'il s'agisse de son fonctionnement institutionnel ou de son rôle dans la réalisation des objectifs démographiques établis par le Gouvernement (Government of Mauritius, 1993¹).

Parallèlement à une augmentation progressive des taux de fécondité, quatre problèmes firent l'objet d'études et de vérifications

¹ Ce document expose les orientations et objectifs de la politique de population telle qu'elle est conçue par le gouvernement mauricien à court et à long terme (jusqu'en l'an 2020).

statistiques² : l'abandon de la pratique contraceptive parmi les femmes inscrites auprès des centres de planification familiale ; l'utilisation du retrait comme méthode de régulation des naissances ; le choix de certains couples de ne pratiquer aucune méthode de régulation des naissances (ni moderne, ni traditionnelle) ; le recours à l'avortement.

Sur la base de ce constat, le Centre d'études et de recherches sur les populations africaines et asiatiques (Cepaa, université Paris V) réalise depuis 1991 une recherche dans certaines zones géographiques de l'île Maurice, les « Cités »³. L'objectif principal est d'analyser les déterminants socioculturels des pratiques de régulation des naissances, grâce à une méthodologie mise en œuvre notamment au Sénégal, au Burundi, et au Cameroun. Nous la présenterons avant d'analyser les causes socio-économiques et culturelles de l'échec de la contraception dans les « Cités ».

■ Une méthodologie pluridisciplinaire au niveau micro-local

Les comportements sont analysés au niveau micro-local, dans une perspective pluridisciplinaire (sociologie, démographie, anthropologie). Le cadre conceptuel et la méthodologie sont conçus en fonction de deux hypothèses fondamentales.

La première explore le niveau psycho-sociologique et culturel des relations inter-individuelles. Les comportements individuels en matière

² Voir en particulier : Ministry of Health (1982, 1991), Mauritius Family Planning Association (1989, 1993), United Nations Population Fund (1993).

³ Le mot « Cité » apparaît ici entre guillemets en tant qu'appellation familière, le terme technique pour la désignation de ces logements étant celui de « *Estates* ». La traduction la plus proche en français serait ici « logements sociaux ».

de fécondité et de régulation des naissances sont analysés comme le produit d'interactions entre les individus du village. Ceci implique l'identification et l'analyse de quatre objets sociologiques distincts : les valeurs et les normes culturelles partagées par l'ensemble des villageois ; les groupes de référence ; les relations entre les sexes ; les individus eux-mêmes.

La seconde hypothèse considère que le village, en tant qu'entité socio-économique, influe sur les comportements individuels. Quatre autres objets sociologiques sont ainsi identifiés : l'habitat, la structure démographique des familles, les équipements communautaires, les migrations et les projets de développement qui relient le village au monde extérieur. Le tableau 1 présente de façon schématique ces objets sociologiques, en précisant brièvement leurs implications méthodologiques et les outils de collecte correspondant.

Enfin, précisons que le petit nombre de données quantitatives collectées au niveau micro-local est compensé par une comparaison systématique avec les données disponibles aux niveaux régional ou national.

Ce cadre conceptuel et ces divers outils méthodologiques ont été adaptés au contexte mauricien. La population étudiée vit dans des « Cités », des logements provisoires érigés après une série de cyclones des années 1960. Elle se caractérise, à l'inverse du reste de la population du pays, par une faible pratique contraceptive. Notre hypothèse est que ceci s'explique par trois facteurs convergents :

- un environnement socio-démographique défavorisé qui a pour effet d'isoler la population des « Cités » par rapport à son voisinage et de l'empêcher de profiter pleinement des services socio-sanitaires situés sur place ou ailleurs. Cet environnement défavorisé est identifié en terme de spécificités socio-démographiques au niveau des familles (conditions de logement, familles nombreuses, etc.) et des individus (faibles niveaux de scolarisation, nuptialité instable, etc.) ;
- une méconnaissance par la population des notions élémentaires de physiologie et de santé, d'où des représentations erronées de la contraception, caractérisées par la prévalence de « rumeurs » ;
- un décalage entre les objectifs et les intérêts des organismes responsables de la planification familiale et les attentes et besoins de la population des « Cités ».

<i>HYPOTHÈSE 1 : « Les comportements individuels en matière de fécondité et de planification familiale résultent des interactions entre les individus ».</i>	MÉTHODOLOGIE	OUTILS DE COLLECTE
<p><i>Le niveau inter-individuel</i></p> <p>1 : le village comme lieu des normes/valeurs individuelles (religion, ethnie, etc.)</p> <p>2 : les groupes de référence des individus (classes d'âge, groupes de pairs)</p> <p>3 : les relations entre les sexes (statut de l'homme et de la femme)</p> <p>4 : l'individu lui-même, ses attitudes et ses opinions (y compris l'étude des leaders d'opinion modernes ou traditionnels)</p>	<p>Délimitation du champ micro-local. Choix raisonné de villages (critères ethniques, relig., etc.)</p> <p>Enquête socio-anthropologique Entretien de groupes (personnes d'âges comparables, etc.)</p> <p>Enquête socio-anthropologique. Groupes d'entretien distincts d'hommes et de femmes.</p> <p>Enquête socio-démographique par questionnaire et entretiens semi-centrés individuels.</p>	<p>Grille d'entretien groupe Grille d'entretien individuel</p> <p>Grille hommes Grille femmes</p> <p>Questionnaires et grilles d'entretien individuels femme/homme</p>
<p><i>HYPOTHÈSE 2 : « Le village, en tant qu'entité socio-économique et culturelle, influe sur les comportements individuels. »</i></p> <p><i>Le niveau communautaire : 4 facteurs</i></p> <p>1 : Modalités de l'habitat</p> <p>2 : Structure démographique des ménages</p> <p>3 : Équipements communautaires et projets de développement comme forces dynamisantes sur le village</p> <p>4 : Migrations individuelles et flux économiques</p>	<p>MÉTHODOLOGIE</p> <p>Topographie socio-culturelle du village. Enquête démographique ménage</p> <p>Enquête démographique ménage</p> <p>Enquête socio-démographique</p> <p>Enquête socio-démographique</p>	<p>OUTILS DE COLLECTE</p> <p>Plan du village Questions sur l'habitat Grille communautaire</p> <p>Questions sur les structures familiales</p> <p>Grille communautaire</p> <p>Questionnaires individuels et ménages : module « migrations »</p>

Tableau 1
Hypothèses et outils méthodologiques des études micro-locales du Cerpa.

Des handicaps socio-démographiques cumulatifs

La population de la Cité est caractérisée par un certain nombre de handicaps socio-démographiques et culturels :

- les conditions de logement sont nettement inférieures en termes d'éléments de confort et de surpeuplement, à celles du district géographique où sont situées les « Cités » ;
- le niveau d'instruction est plus faible que dans le reste du district et dans l'île ;
- la nuptialité est instable ;
- la fécondité est plus élevée que la moyenne nationale⁴.

Prenons l'exemple de l'habitat. Les conditions de logement n'ont pas beaucoup changé depuis 1960, si ce n'est que les ménages principaux se sont complexifiés par l'adjonction de « sous-ménages » : faute de moyens financiers, les enfants, au moment du mariage ou à l'occasion d'une union consensuelle, sont obligés de s'installer dans la cour de leurs parents où ils construisent des petits logements, d'où une densification de l'habitat. D'autre part, les femmes consacrent beaucoup de temps aux activités ménagères car aucune n'utilise l'électricité, qu'elles jugent trop coûteuse : 8 femmes sur 10 utilisent le bois seul ou en combinaison avec d'autres combustibles. Or le bois est très salissant. Lorsque nous leurs avons demandé ce qu'elles auraient surtout souhaité pouvoir changer dans leur vie, elles ont pour la plupart exprimé le désir d'avoir une maison plus grande et équipée d'une salle d'eau et d'une cuisine. Selon le personnel du Centre de Santé, un des problèmes majeurs empêchant le bon déroulement des séances de planification familiale est que les femmes de la Cité, en raison de leurs tâches ménagères, considérablement alourdies par le manque d'eau, ne disposent que de peu de temps pour la consultation.

⁴ Les données sur ces divers points sont présentées dans Charbit et Hillcoat, 1992.

Il est pourtant peu probable que le manque de temps soit le seul facteur de la faiblesse ou de l'irrégularité de la pratique contraceptive. Le Centre de Santé n'est qu'à quelques mètres de la Cité et une permanence est assurée par l'équipe para-médicale; mais les femmes ne veulent voir que le médecin lui-même, lors de son unique consultation le mardi de 13 heures à 14 h 30, car selon elles, lui seul peut répondre à leurs questions et leurs inquiétudes. En réalité, l'emploi du temps des femmes interrogées reste très réglé par une routine ménagère peu flexible à cause des conditions de vie et de logement, et elles ne peuvent s'adapter à des heures précises de rendez-vous. Les visites pour la planification familiale ne peuvent donc pas être prioritaires pour les femmes de la Cité.

Religion, nuptialité et pratique de la contraception

La religion catholique

83,9 % des habitants de la Cité sont catholiques, 14,5 % sont hindous (autres : 1,5 %). Lors des entretiens individuels et de groupe, les femmes se sont très souvent exprimées sur les problèmes de vie de couple. Les individus « en ménage » ou divorcés ne peuvent pas, en principe, participer à la communion, et cette interdiction est fortement ressentie par les femmes qui sont dans cette situation. Les raisons citées pour la rupture d'union sont pour la plupart la violence ou l'infidélité des hommes (notons cependant que nous n'avons pas pu parler aux hommes de la fidélité des femmes). Si leur pratique contraceptive est souvent irrégulière, c'est en partie, disent-elles, parce qu'elles se trouvent abandonnées par les hommes qui partent ou qui s'établissent ailleurs en ménage. En ce qui concerne la pratique contraceptive, l'Église catholique, en réponse à la crise démographique, a créé en 1963 une association, l'Action familiale, qui prône l'utilisation des méthodes naturelles. L'objectif de l'association était à l'origine de contribuer à la campagne nationale de planification familiale, « en misant surtout sur l'éducation des jeunes, du couple et de la

famille» (Action familiale, 1988). Il fallait par ailleurs, en 1963, « proposer une alternative à la contraception » par laquelle les Catholiques pouvaient « arriver à une régulation des naissances efficace tout en restant fidèles à la doctrine de l'Église » (Action familiale, 1988 : 4). Selon l'Action familiale, la méthode proposée (la courbe thermique, et aujourd'hui la méthode sympto-thermique modifiée, c'est-à-dire le suivi du cycle par l'observation des glaires et la prise de température) permettait que « l'homme et la femme découvrent ensemble la complexité et la richesse de leur anatomie, de leur physiologie, de leur psychologie » (Action familiale, 1988 : 7).

Au moment de l'enquête, une seule femme utilisait la méthode proposée par l'Action familiale. Pourtant, le choix d'autres méthodes de prévention des naissances parmi les femmes catholiques de la Cité ne témoigne pas d'un désintérêt envers les méthodes dites naturelles. Bien au contraire, plusieurs souhaiteraient les utiliser, mais ces femmes, qui essaient d'être fidèles à leur religion, disent que ces méthodes sont difficilement conciliables avec leur vécu. L'objectif de l'Action familiale, qui mise sur le couple et la famille, est en effet difficilement réalisable pour beaucoup de ces femmes qui doivent jongler avec les exigences d'un couple instable.

Mais, le fait de pratiquer d'autres méthodes les culpabilise et les freine dans leur intention d'utiliser les méthodes naturelles. Elles ont peur, si elles demandent des informations sur la méthode sympto-thermique, d'être obligées d'avouer qu'elles utilisent déjà des méthodes réprouvées par l'Église. Ce dilemme suscite fréquemment chez elles une réelle angoisse.

L'hindouisme

Dans le cas des hindous, la régulation des naissances est déterminée par un ensemble de valeurs culturelles qui influencent l'organisation et la gestion des rôles sociaux. Nous avons demandé à une jeune femme hindoue qui était en train de préparer son mariage, si elle voulait avoir des enfants tout de suite après son mariage. Après un moment d'hésitation, elle a répondu que ses parents avaient prévu la date de son mariage depuis longtemps, mais qu'elle ne savait pas à quel moment allait arriver ses règles. Quel lien, lui avons-nous demandé, y a-t-il avec la date du mariage ? Les femmes hindoues,

selon elle, n'ont pas le droit d'aller au temple pendant leur période de menstruation. Si elle avait décidé de prendre la pilule avant son mariage, c'était pour éviter que ses règles ne tombent en même temps que la cérémonie. Et si le cycle de pilule devait s'arrêter au même moment que le mariage ? Elle y avait pensé et c'était pour cette raison qu'elle prenait une pilule tous les jours sans interruption pour éviter le début des règles. C'est sa mère qui lui avait suggéré cette démarche, qu'elle-même avait apprise de sa propre mère, une des premières femmes du village à avoir pris la pilule. Mais l'influence des valeurs culturelles hindoues ne s'arrête pas là. Ainsi, cette femme ne savait pas si elle allait continuer à utiliser cette méthode après son mariage, car elle ne pourrait pas avoir son premier enfant avant que son frère aîné, qui devait se marier plus tard dans l'année, ait eu le sien. Selon toute vraisemblance, elle devrait donc continuer à l'utiliser dans l'année qui allait suivre son mariage.

Cet exemple montre l'intérêt d'une approche qualitative. Cette même femme, interrogée dans le cadre d'une enquête démographique classique, aurait sûrement été comptabilisée comme une utilisatrice de la contraception avant le mariage ; ses réponses aux questions sur la fécondité désirée, sur l'intervalle protogénésique et sur l'utilisation future de la contraception auraient été jugées incohérentes.

■ Le rapport au corps

Les entretiens individuels auprès des femmes démontrent clairement qu'une des raisons de la pratique irrégulière ou de l'abandon des différentes méthodes contraceptives est la peur des effets secondaires des méthodes. La mauvaise connaissance du fonctionnement du corps féminin et du cycle contribue à la prolifération de ces rumeurs.

Lors de notre enquête, les femmes de la Cité venaient de recevoir gratuitement du dispensaire une nouvelle marque de pilule, « Ovrette », qui peut entraîner une suppression totale des règles, soit des pertes irrégulières. L'utilisation de cette pilule pose deux problèmes. D'abord, les femmes ne comprenaient pas pourquoi il fallait la prendre tous les jours sans aucune interruption. « Trop fatiguées » pour respecter

cette posologie, plusieurs ont adopté une conduite alternative qui consiste à prendre deux ou trois pilules un même jour et rien pendant les jours suivants. Plusieurs ne prennent la pilule qu'au moment des rapports, ou bien, en cas d'oubli, effectuent plusieurs prises simultanées pour rattraper les jours manqués. Ensuite, elles se plaignent de ne pas avoir leurs règles. Au fond de cette inquiétude on trouve l'idée que le sang, puisqu'il ne coule pas en dehors du corps, reste à l'intérieur, dans « la cage bébé », ce qui explique la sensation de lourdeur et de ventre gonflé dont se plaignent les femmes. Elles ne distinguent pas l'utérus et l'estomac, et les termes « cage bébé » ou utérus sont utilisés également pour décrire l'estomac comme « le ventre ». Elles croient que la digestion des aliments et les saignements lors des menstruations se produisent au même endroit dans le corps. La pilule reste dans « le ventre », ce qui explique les maux de tête, la prise de poids et les vertiges. Troublées par un problème d'obésité attribué aux effets de la pilule, mais en réalité lié à une alimentation déséquilibrée, les femmes cherchent donc à utiliser d'autres marques disponibles en pharmacie, ce qui entraîne un désintérêt et finalement un rejet de la pilule offerte gratuitement. Elles sont convaincues que, si elles pouvaient s'acheter une « meilleure pilule » dans le secteur privé, elles n'auraient plus de problèmes de santé. L'achat de la pilule en pharmacie se fait, notons-le, sans visite ou contrôle médical. Malheureusement, elles n'ont pas réellement les moyens de s'approvisionner pendant longtemps en achetant elles-mêmes les pilules.

Les mêmes types de craintes ont été évoquées pour la piqure hormonale, pour le stérilet et les préservatifs. Ainsi, les femmes déclarent souvent ne pas avoir utilisé les préservatifs parce que les hommes ne veulent pas s'en servir. Cependant, elles avouent également ne pas aimer les spermicides qui sont appliqués en même temps. Ces produits « brûlent le passage » et elles pensent qu'il se produit effectivement une véritable brûlure. Par ailleurs, elles pensent que les préservatifs peuvent rester dans le corps de la femme et « monter dans le ventre ».

En résumé, ces remarques sur les effets secondaires des différentes méthodes indiquent que les rumeurs relèvent d'une expérience négative de la pratique des méthodes. Si cette expérience se transforme en explication « irrationnelle », c'est parce que les femmes n'ont pas une connaissance suffisante du fonctionnement et de l'anatomie du corps, ni des modalités correctes d'utilisation des méthodes.

Le point de vue des hommes : l'image de la « Femme-Star »

Il a été très difficile de parler aux hommes individuellement ou en groupe. À la fin du travail de terrain, nous avons enfin réussi à réunir un soir environ 25 hommes de tous âges. Au cours de la discussion, qui a duré plus de deux heures, ils ont posé beaucoup de questions sur notre travail. Quand nous leur avons demandé pourquoi ils n'en avaient pas discuté plus tôt, ils ont dit avoir eu « honte » de parler non seulement à une femme, mais à une « blanche ». La communication avec la communauté extérieure à la Cité paraît donc réellement compromise pour ces habitants par l'importance accordée à l'appartenance ethnique.

La discussion sur la pratique contraceptive a finalement été abordée sans trop de difficulté. Les hommes, dans un premier temps, se sont déclarés favorables au « family planning » car cela aide à éviter la misère et la pauvreté. Mais ils ont eux aussi peur pour la santé et le bien-être de leurs partenaires. Ils trouvent par exemple que la pilule est un « mauvais médicament » parce qu'elle entraîne des problèmes de santé. Les craintes exprimées à propos de chaque méthode sont les mêmes que celles mentionnées par les femmes, sauf que les hommes manifestent un refus beaucoup plus prononcé pour la pilule et la piqûre hormonale. Dans un premier temps, ce refus s'explique par le fait qu'ils ne trouvent pas sain que les femmes n'aient pas leurs règles. De plus, « elles ne répondent plus à leurs attentes » : elles ne sont pas en mesure de bien s'occuper du foyer à cause des maux de tête et de la tension nerveuse qu'ils attribuent à ces méthodes. Mais en approfondissant nos questions sur ce sujet, beaucoup d'entre eux ont admis qu'ils n'aiment pas que leurs femmes prennent du poids. Ils veulent une femme qui corresponde aux « femmes que l'on trouve à la télévision qui sont toujours belles et maigres », car dans ce milieu défavorisé mais équipé en télévisions, les feuilletons du type Dallas sont très suivis : nous les avons souvent eus en « bruit de fond » lors de nos entretiens. Les hommes ne font pas de lien entre l'alimentation et l'obésité, mais l'associent principalement à la pratique contraceptive.

Les femmes, de leur côté, se sont fréquemment exprimées sur le problème d'un excès de poids, et se plaignent de la difficulté qu'elles ont « à garder leur bonhomme » puisqu'il faut toujours rester belle, même si cela demande du temps et de l'argent. Le problème de l'instabilité conjugale réapparaît : la peur d'être abandonnée suscite le désir de procréer afin de s'attacher à l'homme en lui donnant un ou plusieurs enfants. Les femmes ont exprimé à plusieurs reprises l'idée que si une femme n'a pas d'enfants avec son partenaire, celui-ci la quittera pour une autre.

■ Une offre de contraception inadaptée

L'étude de l'offre est particulièrement importante par rapport au deuxième volet de notre cadre conceptuel. Elle est une des modalités par lesquelles le village, en tant qu'entité socio-économique, est conduit à s'ouvrir sur l'extérieur. Globalement, les femmes de la Cité sont contentes des services de planification familiale disponibles dans le district étudié. Parmi les 28 femmes qui déclarent pratiquer une méthode contraceptive au moment de l'enquête, 17 s'adressent au Centre gouvernemental, six vont à l'Association mauricienne pour la planification familiale (MFPA), une à l'Action familiale, une à l'hôpital et trois n'ont pas répondu. Aucune femme n'a cité le Centre comme première source d'information en matière de planification familiale, alors que onze la citent comme seconde source.

Les membres du personnel impliqué n'apparaissent pas toujours très disposés à répondre aux questions et aux demandes des femmes qui voulaient voir le médecin pour discuter d'un problème ou pour résoudre une inquiétude. Très souvent, cette demande n'est pas satisfaite, le médecin traitant n'ayant pas suffisamment de temps à sa disposition pour pouvoir répondre à toutes les demandes. Cependant, la demande d'écoute demeure. Découragées par la non disponibilité du médecin, plusieurs femmes ont affirmé ne plus avoir envie de continuer à utiliser une méthode qui ne leur convient pas.

Le problème ici est double. La demande d'information reste insatisfaite pour beaucoup de ces femmes qui, comme le suggèrent les rumeurs, sont à la quête d'une réassurance et d'une explication sur certains effets secondaires. Par ailleurs, leur demande de changement de méthode reste insatisfaite. Au moment de l'enquête, le Fnuap offrait à l'île Maurice environ 300 000 US \$ sur une période de cinq ans pour acheter certains moyens contraceptifs. Environ 10 000 US \$ par an étaient dépensés pour la pratique de la méthode sympto-thermique modifiée de l'Action familiale : thermomètres et tableaux, grilles de température. Environ 50 000 US \$ étaient également dépensés pour l'achat de la piqure hormonale (depo-provera). Toutes les autres méthodes disponibles à Maurice étaient fournies en nature par l'USAID (pilules, préservatifs, stérilets, spermicides, etc. 5). Il n'existe donc que très peu de choix quant au type de pilule disponible par distribution gratuite dans les centres gouvernementaux puisqu'ils les recevaient en donation. Comme nous l'avons vu, la pilule « Ovrette » suscite de fortes réticences de la part des femmes.

Le personnel soignant se trouve alors souvent dans l'obligation de suggérer aux femmes qu'elles s'adressent ailleurs pour un autre type de pilule. Mais la façon dont cet avis est transmis peut être déterminante pour l'abandon ou la pratique ultérieure de la méthode. La demande d'information et d'explication n'est apparemment pas satisfaite puisque les femmes de la Cité se sont adressées continuellement à nous pour des explications concernant le fonctionnement de la pilule, du stérilet et de la piqure hormonale. Elles ont même demandé que l'on pose à leur place des questions au médecin et à la représentante de l'Action familiale. Elles voulaient qu'on leur explique le fonctionnement du cycle et elles souhaitaient également voir à quoi ressemblait « la cage bébé » (l'utérus) par rapport à l'ensemble du corps féminin. Elles n'osaient pas demander aux représentants de l'Église de faire venir cette personne puisque nombre d'entre elles étaient en ménage ou bien pratiquaient une méthode artificielle.

5 Un changement dans le financement du budget national en matière de planification familiale est annoncé dans le rapport préparé par l'île Maurice à l'occasion de la Conférence internationale du Caire 1994 (p. 41-42). L'USAID ne fournira plus de contraceptifs à l'île Maurice à partir de 1993.

Lors des entretiens de groupes, les femmes se sont exprimées avec plus d'aisance que pendant les entretiens individuels, et certains facteurs concernant la connaissance de la pilule sont apparus. Certaines, en travaillant dans les familles franco-mauriciennes ou dans les hôtels où elles avaient un contact avec les étrangères, ont remarqué qu'il existait plusieurs types de pilule. Elles savent donc qu'il est possible d'obtenir d'autres marques que celles fournies par le Centre Gouvernemental de Santé. Par ailleurs, les femmes disent avoir suivi des émissions françaises captées sur la chaîne de l'île de la Réunion, qui montrent les différents types de méthodes contraceptives disponibles en Europe.

Conclusion

Au terme de ces pages, revenons sur nos hypothèses initiales. Nous avons d'abord supposé que les caractéristiques socio-économiques de la « Cité » avaient pour effet d'isoler la communauté par rapport au village et au district où elle est située, et de l'empêcher de profiter pleinement des services sociaux et sanitaires disponibles sur place ou ailleurs. Des conditions de logement défavorables (le manque d'espace et d'éléments de confort tel que l'eau courante) font que les femmes ont effectivement très peu de temps à consacrer aux visites médicales pour la planification familiale. Leur temps est pris par l'organisation et la gestion du ménage.

Ensuite, la méconnaissance en matière de biologie élémentaire et de santé explique aussi le faible niveau de pratique de la contraception. Les femmes ont exprimé leurs inquiétudes quant aux effets secondaires des différentes méthodes contraceptives. Ces effets sont amplifiés parce que la majorité des femmes interrogées n'ont pas d'idées précises quant aux proportions réelles de leur corps. Par exemple, l'utérus (ou « cage bébé ») occupe selon certaines d'entre elles presque la totalité du ventre. Par ailleurs, elles ne reconnaissent pas l'importance d'une prise régulière de la pilule puisqu'elles ignorent sa composante hormonale et elles ont tendance à l'assimiler aux médicaments qui ne sont pas des contraceptifs. Enfin, la prise de poids, mal supportée par les hommes, remet en question des couples déjà fragiles.

Nous avons suggéré qu'il existait un décalage entre les intérêts des organismes (et leurs agents) responsables de la prévention des naissances et les attentes et besoins des femmes et des couples de la Cité. Bien que la plupart des femmes de la Cité soient catholiques, très peu utilisent la méthode prônée par les autorités ecclésiastiques car elle suppose une stabilité de couple qui est loin d'être la règle. Même si les représentants de l'Église qui sont en mesure d'offrir des conseils et une formation pour la seule méthode offerte (méthode sympto-thermique modifiée) viennent parfois dans la Cité, la transmission d'information est en effet compromise par deux facteurs : le manque de disponibilité des femmes évoqué plus haut ; une réticence à demander des informations supplémentaires sur la pratique de la méthode sympto-thermique modifiée en raison d'une pratique des méthodes qui ne sont pas acceptées par l'Église. Quant à l'offre par le secteur public, elle se heurte au problème de la disponibilité du personnel et de la réticence à l'égard de la marque de pilule offerte.

Enfin, l'échec de la contraception renvoie à une image dévalorisée de la population des « Cités » en tant que groupe social. La conduite des habitants de la Cité fait parfois l'objet de critiques de la part des autres membres de la communauté extérieure. Les habitants de cette Cité sont conscients de l'image de « délaissés » qui leur est attribuée. Cette réputation compromet leur capacité ou leur désir de communiquer avec les autorités médicales et ecclésiastiques du village.

Au bout du compte, c'est bien la convergence des handicaps qui explique l'absence de pratique de la contraception ou de sa pratique irrégulière. Les facteurs économiques, démographiques, sociaux et culturels entrent en synergie négative. Ceci conduit à souligner l'intérêt d'une méthodologie très diversifiée et d'une analyse aussi compréhensive que possible des phénomènes étudiés. Seule une observation au niveau micro-local permet de cerner l'ensemble des mécanismes en jeu, ce qui est impossible à l'occasion d'une opération de collecte de type enquête sur échantillon aléatoire. Ensuite, il est clair qu'une approche pluridisciplinaire permet d'éviter des interprétations erronées des comportements, comme nous l'avons vu à propos de la religion. Les entretiens qualitatifs sont ici irremplaçables. En sens inverse, les données lourdes, telles que les statistiques censitaires sur le logement ou le niveau d'instruction sont nécessaires car elles permettent d'apprécier la représentativité de la recherche monographique.

L'inconvénient de cette méthodologie est qu'elle implique un travail de terrain délicat, car on ne peut confier à des enquêteurs classiques une collecte aussi fine. Enfin, il va sans dire que le chercheur démographe doit lui-même s'ouvrir à d'autres disciplines pour comprendre la complexité des comportements et des attitudes, dans la mesure où cette méthodologie privilégie les référents socioculturels.

Bibliographie

Action Familiale, 1988 —
Action familiale 1963-1988.
Au service de l'amour, de la vie
et de la famille, île Maurice.

CHARBIT Y.,
HILLCOAT-NALLÉTAMBY S., 1992 —
« Facteurs socioculturels de la
planification familiale à l'île Maurice :
le cas des « Cités » ». In : *Actes du*
Colloque International Fécondité et
Insularité, Saint-Denis de la Réunion :
475-497.

Government of Mauritius, 1993 —
National Population Report. Prepared
in the context of the International
Conference on Population and
Development, ICPD, 5-13 septembre
1994, Cairo, 64 p.

Mauritius Family Planning
Association, 1989 —
Survey on Drop-outs, Clients
from MFPA Clinics. Research
and Evaluation Unit, August.

Mauritius Family Planning
Association, 1993 —
Report on The Use of Induced
Abortion in Mauritius. Alternative
to Fertility Regulation or Emergency
Procedure ? July, 35 p. (non publié).

Ministry of Health
of Mauritius, 1991 —
Mauritius Contraceptive Prevalence
Survey, 1985 and 1991. University
of Mauritius, CDC.

Ministry of Health
of Mauritius, 1993 —
Family Planning and Demographic
Yearbook, 1992. Evaluation Unit,
Republic of Mauritius.

RAJCOOMAR J., WONG P.C., 1982 —
A Study of the Drop Outs in the
Family Planning Programme of the
Family Planning, Maternal and Child
Health Division. Ministry of Health of
Mauritius, 28 + 10 p.

United Nations Population Fund,
1993 —
Highlights of Census Analysis,
Central Statistical Office, Population
and Development; Dissemination
Seminar of Census Analysis,
22 dec. 1993, Republic of Mauritius.

XENOS C., 1977 —
Fertility change in Mauritius and
the Impact of the Family Planning
Programme. Ministry of Health
of Mauritius, 445 p.

Le RU 486 en Guadeloupe

Quelles leçons
pour le Sud ?

Jean-Pierre Guengant

Jacques Bangou

L'interruption d'une grossesse correspond pour beaucoup de femmes à un échec personnel et cette décision constitue un choix délicat. Les femmes ayant décidé de recourir à un avortement devraient toujours être reçues, dans les centres de santé, comme toutes les autres patientes, et pouvoir être assurées de bénéficier d'un environnement et de soins médicaux adéquats. Le RU 486 est une méthode qui permet l'interruption de grossesse – sous certaines réserves – dans les conditions les moins traumatisantes pour la femme et avec le maximum de garanties médicales.

La prescription du RU 486 se développe en Guadeloupe, entre juin 1991 et octobre 1993, période au cours de laquelle 607 cas d'administration de cette méthode ont été enregistrés. Après avoir présenté les principes de fonctionnement du RU 486 et ses conditions de prescription, nous analyserons le résultat d'une étude menée auprès de femmes ayant utilisé cette méthode.

Le RU486 : une méthode d'interruption des grossesses

Historique de la méthode

L'anti-progestérone RU486 a été découverte au début des années 1980 (Beaulieu et Ulmann, 1985). Elle a été testée dans quelques pays, dont la France, la Grande-Bretagne, et la Chine. L'utilisation du RU486 a été autorisée en France en septembre 1988, et elle se fait dans le cadre de loi française sur l'interruption volontaire de grossesse. Elle a commencé effectivement en France métropolitaine en 1990, et en Guadeloupe en juin 1991.

L'addition d'une faible dose de prostaglandine est nécessaire pour obtenir des interruptions de grossesses précoces avec un taux de réussite satisfaisant (Swahn *et al.*, 1989; Avrech *et al.*, 1991). Au départ des injections de Sulprostone (Nalador) étaient combinées avec la prise du RU 486. Mais la peur d'éventuelles complications graves a conduit à l'abandon de cette prostaglandine en juillet 1992 (Mignot et Cesbron, 1993). Une nouvelle combinaison, associant des comprimés de Misoprostol (Citotec) avec ceux du RU 486 (MyféGINE) a commencé à être appliquée, sous un protocole simplifié en septembre 1992 en Guadeloupe.

Conditions de prescription

Afin de se conformer à la loi française sur l'interruption volontaire de grossesse, quatre étapes ont été définies en Guadeloupe pour les interruptions précoces de grossesse par le RU 486/Misoprostol.

Tout d'abord, la patiente indique à un médecin son intention de recourir à une interruption volontaire de grossesse. Celui-ci vérifie alors que la durée de la grossesse – ou plus exactement de l'aménorrhée – est inférieure à sept semaines. Si tel est le cas, la patiente dispose d'une semaine de réflexion – toujours à l'intérieur de la limite des sept semaines – pour confirmer ou infirmer son intention. Au cours de cette semaine, la patiente doit s'entretenir avec une conseillère

conjugale qui, après confirmation de l'intention de la patiente, lui délivre un certificat d'entretien, tel que requis par la loi.

La deuxième étape est une visite dans un centre agréé pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. Avant d'obtenir du médecin les comprimés de RU 486/Misoprostol, la patiente doit lire une notice de deux pages sur les effets secondaires éventuels du traitement, et par signature, indiquer son consentement. La patiente peut prendre alors trois comprimés de RU 486 (MyféGINE) en présence du médecin, qui lui remet trois comprimés de Misoprostol (Citotec) pour prise ultérieure à la maison.

La troisième étape consiste, 48 heures après la visite dans le centre, en la prise de deux de ces comprimés. Si la terminaison de la grossesse n'intervient pas dans les heures qui suivent, la patiente doit prendre le troisième comprimé de Misoprostol (Citotec) douze heures plus tard.

La quatrième et dernière étape est une visite de contrôle, qui intervient entre dix et quinze jours plus tard, pour vérifier que tout s'est bien déroulé.

Le RU 486 en Guadeloupe

La prescription du RU 486 intervient en Guadeloupe dans un contexte où la fécondité a baissé très rapidement.

Contexte démographique

En 1994, la population de la Guadeloupe était estimée à environ 420 000 habitants. Le nombre annuel de naissances au début des années 1990 était de l'ordre de 7 500, et l'indice synthétique de fécondité de 2,2 enfants par femme. Comme la quasi totalité des pays voisins de la Caraïbe, la Guadeloupe a connu une transition de la fécondité particulièrement rapide, puisque son indice synthétique de fécondité est passé d'environ 6 enfants par femme au milieu des

années 1960 à guère plus de 2 enfants au milieu des années 1980, soit en une vingtaine d'années.

L'avortement a été légalisé en Guadeloupe en 1975, alors qu'il était déjà largement pratiqué. La pratique d'avortement hors du cadre imposé par la loi a cependant continué après sa légalisation, et on estime aujourd'hui que les avortements légaux – en augmentation au détriment des avortements illégaux – correspondent environ aux deux tiers du total des avortements pratiqués dans l'île. En 1992, près de 2 000 avortements légaux ont été enregistrés, représentant près de 25 % des naissances vivantes. Si l'on ajoute les avortements illégaux, c'est donc environ 3 000 avortements qui auraient été pratiqués, représentant 40 % des naissances vivantes.

Méthodologie de l'enquête

Une enquête a été menée auprès de 345 femmes qui ont eu recours au RU 486/Misoprostol en Guadeloupe entre septembre 1992 et octobre 1993. Cette étude s'est déroulée dans deux établissements : l'hôpital public de Pointe à Pitre¹ (253 femmes) et dans une clinique privée² (92 femmes).

Pour chaque femme, le médecin a rempli un questionnaire simple comportant des informations sur l'âge de la patiente, sa gestité, sa parité, le type de son union. Les raisons de la demande d'IVG, et l'utilisation éventuelle ou non de la contraception au moment de l'IVG ont permis de mieux comprendre les motivations des femmes voulant interrompre leur grossesse. Enfin des informations sur l'efficacité et les éventuelles complications de la méthode ont été collectées : la date et la durée des saignements après prescription de la méthode et les effets secondaires éventuels que la femme a pu avoir.

¹ Service de Gynécologie-Obstétrique du professeur Eustase Janky, Pointe-à-Pitre.

² Clinique Saints Joseph-Marie, Service de Gynécologie-Obstétrique, Pointe-à-Pitre.

Une méthode efficace

Pour l'ensemble des femmes, l'efficacité de la méthode a été de 95 %, sans différence notable entre les femmes de l'hôpital public et celles de la clinique privée. Ce résultat est similaire à ceux trouvés dans d'autres études réalisées dans le monde (Beaulieu, 1992 ; Mignot et Cesbron, 1993).

Pour 22 % des patientes, les saignements ont commencé avant la prise des comprimés de Misoprostol (Citotec), c'est-à-dire au cours des 48 heures suivant la prise du RU 486 (MyféGINE). Pour 68 % des patientes les saignements se sont produits entre moins d'une heure et 5 heures au plus après la prise des comprimés de Misoprostol (Citotec). Finalement, pour 4 % des patientes seulement, les saignements n'ont été enregistrés qu'après la prise du troisième comprimé de Misoprostol (Citotec ; figure 1).

Des méno-métrorragies importantes ont été mentionnées par les femmes et indiquées par les médecins dans 30 % des cas, avec cependant une forte différence entre le public et le privé due, peut-être, à une différence d'appréciation des médecins (figure 2).

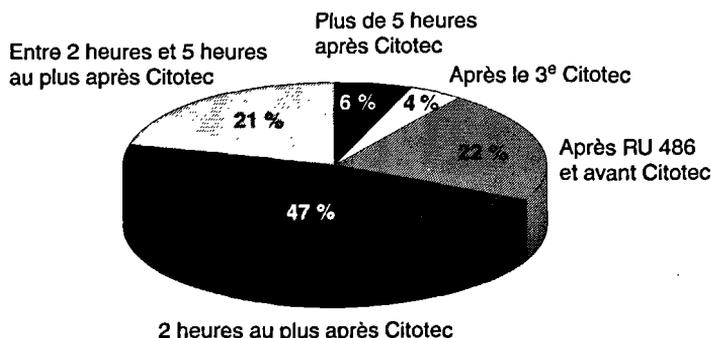


Figure 1
Moment d'arrivée des règles après la prise du RU 486.

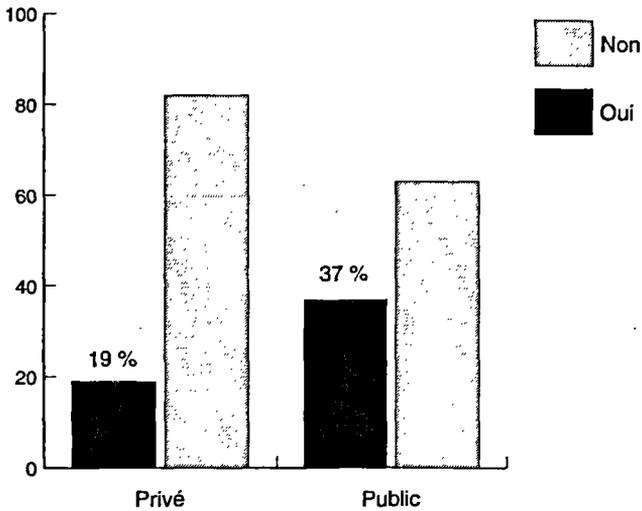


Figure 2
Fréquence des métrorragies après la prise du RU486.

La structure par âge des femmes qui recourent à cette méthode d'interruption de grossesse est très voisine de celle des naissances vivantes selon l'âge de la mère (Insee, 1993) : elles sont plus nombreuses en début et milieu de vie féconde (27 % à 20-24 ans, 29 % à 25-29 ans ; figure 3).

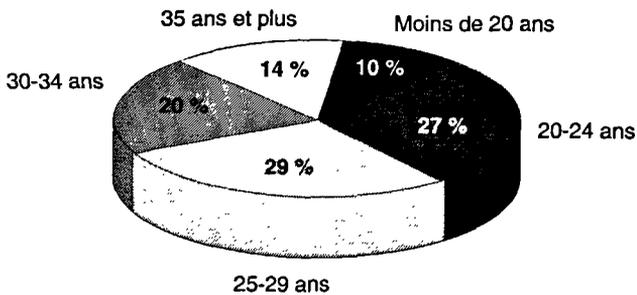


Figure 3
Répartition des femmes selon leur âge
au moment de l'interruption de grossesse.

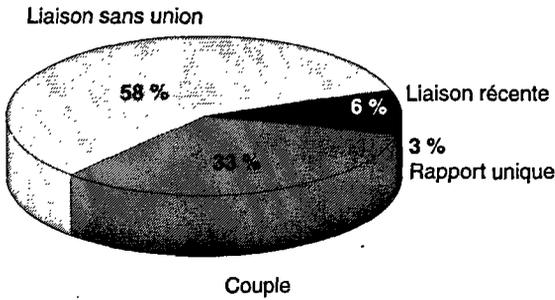


Figure 4
Répartition des femmes selon leur exposition au risque de grossesse au moment de l'interruption de grossesse.

Comme on pouvait s'y attendre dans un contexte caraïbéen, la majorité des patientes (58 %) étaient en union sans cohabitation (*visiting union*) depuis au moins 6 mois, et un tiers seulement était en union plus « stable » avec cohabitation, mariées ou en concubinage (figure 4). Une certaine précarité dans l'union explique certainement ce recours à l'interruption de grossesse.

Les femmes qui recourent au RU 486 sont surtout en début de vie féconde : 28 % des patientes n'avaient encore jamais eu d'enfants, 20 % avait un enfant, 23 % deux enfants, 15 % 3 enfants, et 14 % avaient déjà 4 enfants ou plus (figure 5). Ces chiffres, soulignent le caractère quasi post transitionnel du recours à l'interruption volontaire de grossesse aujourd'hui. Aussi, l'indice synthétique de fécondité relativement bas atteint aujourd'hui semble être le résultat à la fois d'une pratique de la

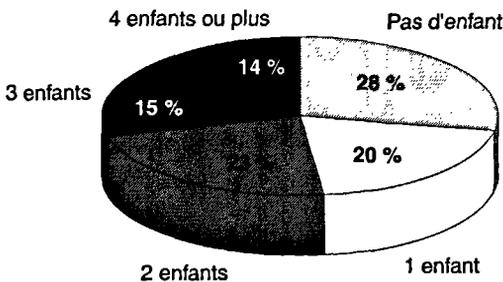


Figure 5
Répartition des femmes selon leur nombre de naissances vivantes au moment de l'interruption de grossesse.

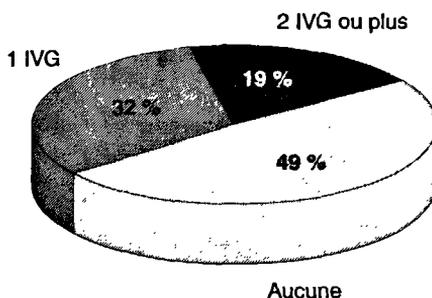


Figure 6
Répartition des femmes selon leur nombre d'IVG antérieures
au moment de l'interruption de grossesse.

contraception importante, mais aussi d'un recours non négligeable à l'avortement. De fait, la moitié des patientes (51 %) ayant recouru au RU 486/Misoprostol avait déjà eu une interruption volontaire de grossesse auparavant : 32 % avait eu une seule interruption volontaire de grossesse et 19 % en avaient eu deux ou plus (figure 6).

L'étude de l'utilisation antérieure de la contraception et les raisons invoquées pour cette l'interruption volontaire de grossesse permettent de comprendre pourquoi les femmes recourent au RU 486; ces données n'ont été collectées que pour les 92 patientes interrogées dans le privé. Parmi ces femmes, 11 % n'avaient jamais utilisé de méthode contraceptive. Pour 23 % d'entre elles, la grossesse était la conséquence d'un échec de la contraception (d'abord du condom, ensuite de la pilule). Enfin 66 % des patientes avaient utilisé une méthode de contraception auparavant, mais l'avaient abandonnée depuis plusieurs mois, quelquefois plusieurs années, parce que n'ayant plus de rapports, ou parce qu'ayant des rapports trop irréguliers, ou encore par lassitude de la méthode – la pilule en particulier.

Les raisons invoquées pour le recours à l'interruption volontaire de grossesse révèlent un besoin de planification familiale pour espacer les naissances ou ne plus avoir d'enfants : 40 % des patientes ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 9 % ont mentionné avoir eu un enfant récemment et donc ne pas en vouloir un autre tout de suite, et 47 % ont déclaré ne pas vouloir d'enfant « maintenant », parce que la relation correspondante était trop récente, ou mal assurée, pour des raisons économiques, etc. Cette pratique révèle donc un besoin non satisfait de planification familiale.

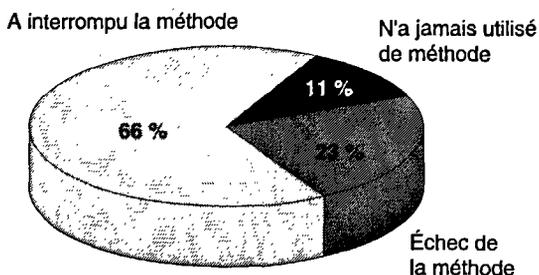


Figure 7
Répartition des femmes selon leur utilisation de la contraception avant de l'interruption de grossesse (pour les femmes de la clinique privée seulement).

Conclusion

L'utilisation du RU 486/Misoprostol en Guadeloupe s'est révélée aussi efficace qu'attendue. La méthode est simple, non traumatisante, et ne requiert aucune hospitalisation dans le protocole adopté. Son coût est peu élevé. Le coût d'approvisionnement pour les pharmacies agréées est de l'ordre de 50 francs. Mais, le coût pour la patiente est plus élevé de l'ordre de 250 francs, à cause du forfait avortement qui est appliqué au RU 486 comme aux autres méthodes. Aucune infection, aucun accident, et aucun traumatisme de l'utérus n'ont été notés. Cependant, les méno-métrorragies sont fréquentes, ce qui ne constitue pas une réelle surprise, mais elles sont plus ou moins bien acceptées. L'attente de ces saignements ou leur importance suscitent chez nombre de femmes des réactions d'anxiété et souvent l'avis du médecin est demandé à ce sujet.

À partir de cette expérience, il paraît évident, comme cela a déjà été souligné par divers auteurs (Beaulieu, 1992; Berer, 1992; Senderowitz, 1992; Mignot et Cesbron, 1993), que le RU 486/Misoprostol est une méthode nettement préférable à l'aspiration, à la dilatation et au curetage, et que c'est un moyen efficace de faire face aux nombreux avortements illégaux, pratiqués dans des conditions d'hygiène douteuses et donc dangereuses pour la santé de la mère, dans nombre de pays.

Ceci dit, le RU 486 tel qu'il est utilisé actuellement est bien un procédé abortif. Son utilisation requiert donc un cadre législatif approprié, qui fait encore souvent défaut dans nombre de pays du Sud. Son coût est peu élevé en comparaison du prix demandé aux patientes pour des avortements illégaux, y compris lorsque ceux-ci sont pratiqués par des personnes non qualifiées. Le prix d'achat du RU 486 est aussi peu élevé en comparaison des coûts importants qu'entraîne l'hospitalisation des femmes ayant des complications suite à des avortements illégaux pratiqués dans des conditions douteuses. Cependant, les conditions d'approvisionnement semblent exclure toute possibilité d'utilisation illégale de la méthode du RU 486. Aussi, il doit être clair que l'utilisation du RU 486 doit se faire dans un environnement et avec un suivi médical adéquat.

Le développement rapide de l'utilisation de la méthode en Guadeloupe souligne l'intérêt qu'y trouvent les femmes ayant décidé de recourir à l'avortement. Le contexte correspondant à ce développement est, rappelons-le, un contexte de quasi fin de transition de la fécondité et donc de maîtrise de la fécondité, ou du moins de désir de contrôle de la fécondité par une grande partie de la population. Le recours au RU 486 est plus facilement envisageable dans un tel contexte, ou dans des pays où la transition de la fécondité, est déjà bien avancée, que dans les pays où elle n'en est encore qu'à ces débuts.

On pourrait penser que la « facilité » de la méthode est un encouragement à l'avortement au détriment de la contraception. En fait rien n'est moins sûr. Les méthodes modernes de contraception les plus efficaces, et actuellement disponibles, semblent mieux convenir à des couples stables. Or, les utilisatrices du RU 486 sont plutôt des femmes ayant des rapports épisodiques ou irréguliers qui ne justifient pas selon elles le recours à des méthodes telles que la pilule ou le stérilet. En ce sens, le RU 486 constitue en cas d'échec d'une contraception mal appliquée, ou d'une grossesse inattendue, un recours pour nombre de femmes dans des situations personnelles encore instables – adolescentes, femmes séparées ou divorcées – ou encore se croyant à tort infécondes. Ceci ne devrait pas empêcher, au contraire, qu'après toute application du RU 486, une méthode de contraception soit proposée à ces femmes.

Bibliographie

AVRECH O. M., GOLAN A.,
WEINRAUB Z., BUKOWSKY I.,
CASPI ELIAHU, 1993 —

« Mifepristone (RU 486) Alone or
in Combination with a Prostaglandin
Analogue for Termination of Early
Pregnancy : a Review », *Fertility and
Sterility*, September 1991, Vol. 56,
n° 3 : 385-393.

BEAULIEU E. E., 1992 —

« Updating RU 486 Development »,
Law Medicine and Health Care,
Fall 1992, Vol. 20, n° 3 : 154-156.

BEAULIEU E. E., ULMANN A., 1985 —

« Anti-hormone stéroïde. L'activité
anti-progestérone du RU 486 et
ses applications contraceptives
et autres », *Bull. Acad. Natle Med.*
séance du 19 novembre 1985,
169, n° 8 : 1191-1199.

BERER M., 1992 —

« "Inducing a Miscarriage".
Women – Centered Perspectives
on RU 486/Prostaglandin as an Early
Abortion Method », *Law Medicine*

and Health Care, Fall 1992, Vol. 20,
n° 3 : 199-208.

INSEE, 1993 —

Données Statistiques de l'État Civil,
année 1991, Guadeloupe, Martinique,
Guyane, Insee Antilles-Guyane,
janvier 1993.

MIGNOT G., CESBRON P., 1993 —

« Évolutions récentes dans l'IVG
médicamenteuse », *Prescrire*,
avril 1993, t. 13, n° 128 : 209-210,

SENDEROWITZ J., 1992 —

« Are Adolescents Good Candidates
for RU 486 as an Abortion Method? »,
Law Medicine and Health Care,
Fall 1992, Vol. 20, n° 3 : 209-214.

SWAHN M. L., UGOSCAI G.,
BYGDEMAN M., KOVACS L., BELSEY E.,
VAN LOOK P. F. A., 1989 —

« Effects of Oral Prostaglandin E2
on Uterine Contractility and Outcome
of Treatment in Women Receiving
RU 486 (Mifepristone) for Termination
of Early Pregnancy », *Human Repro-*
duction Vol. 4, n° 1 : 21-28, 1989.



Effets de l'avortement volontaire sur la réduction de la descendance en Colombie

C. Lucero Zamudio

B. Norma Rubiano

En Colombie, comme dans la majorité des pays d'Amérique latine, le manque d'information concernant l'avortement provoqué constitue un obstacle important pour mesurer la part qu'il représente dans la baisse de la fécondité.

Les données disponibles sur ce sujet sont le plus souvent issues des statistiques hospitalières. Elles présentent de sérieux problèmes d'enregistrement et, de plus, ne font état que des cas d'avortements avec complications cliniques. D'autre part, dans la mesure où l'avortement volontaire est interdit en Colombie, il doit être pratiqué clandestinement, de telle façon qu'il n'est pas toujours déclaré ou enregistré dans des catégories mal définies.

Pour estimer d'une manière suffisamment fiable l'ampleur de l'avortement volontaire en Colombie, l'université Externado de Colombia, a mis au point une méthode d'enquête pour recueillir une information de première main sur cette question de l'avortement, en interrogeant les femmes directement à leur domicile.

Après une présentation de la méthodologie de l'enquête, nous analyserons ici la prévalence de l'avortement et son importance dans le processus de transition de la fécondité.

La technique de recueil des données : remplissage secret, mise sous pli confidentiel

La technique choisie pour cette enquête fut d'articuler un échantillonnage aléatoire des ménages avec un système de réponses secrètes impliquant une mise sous pli confidentiel des questionnaires, ce qui rend impossible l'identification des femmes ayant répondu.

Le questionnaire était précodifié et contenait seulement 16 questions nécessaires au calcul des mesures de base : les femmes devaient cocher la réponse correcte (annexe 1).

Cette enquête a été menée auprès d'un échantillon de 33 275 femmes résidant dans les 23 principaux centres urbains du pays, représentatif des différentes régions et couches sociales. Elle concernait des femmes de 15 à 54 ans, résidant dans les ménages sélectionnés aléatoirement. Pour des raisons d'éthique et méthodologiques, ces femmes n'ont pas été interrogées directement. Après explication de l'objet de cette étude et afin de motiver les femmes à répondre au questionnaire, les enquêteurs leur indiquaient la forme correcte des réponses, et ensuite ils s'absentaient du foyer pour leur permettre de répondre en toute conscience.

La femme devait mettre le questionnaire rempli dans une enveloppe fermée, puis dans une urne scellée. Les urnes furent ouvertes à la fin de la journée par le superviseur. Si le quota des dix femmes ayant avorté n'était pas atteint dans chaque unité d'échantillonnage, l'enquêteur devait continuer le travail jusqu'à obtenir un total de 40 femmes interrogées, échantillon établi afin d'obtenir le recouvrement le plus large avec le minimum de coût possible. Cette technique a permis d'assurer un anonymat total des femmes, ce qui a contribué à la véracité des réponses et surtout permis le respect de leur intimité, et d'éviter ainsi toute possibilité de poursuites judiciaires.

Le pourcentage de refus fut infime, et la population féminine contribua spontanément à l'enquête. L'erreur d'échantillonnage fut d'à peine 2,4 %, ce qui assura la représentativité statistique pour les six régions géographiques et les six couches socio-économiques.

Quelle pratique de l'interruption volontaire de grossesse ?

Les femmes ayant eu au moins une interruption volontaire de grossesse

Parmi les femmes interrogées 22,9 % ont eu au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG) pendant leur vie (tableau 1). Étant donné que ce calcul inclut des femmes n'ayant jamais eu de grossesse, ce résultat est assez grossier et atténue la portée du phénomène. En effet, lorsque l'on prend en compte seulement les femmes ayant eu une grossesse, qui sont celles exposées au risque d'avortement, la proportion de femmes avec au moins une IVG atteint 30,3 %.

Le risque d'avortement volontaire chez les femmes ayant eu au moins une grossesse est très élevé et ceci concerne toutes les tranches d'âge. Cependant ce risque est plus marqué chez les mineures (moins de 20 ans), parmi lesquelles 26,5 % ont eu déjà une grossesse et parmi elles presque la moitié (44,5 %) ont eu une expérience d'IVG.

Chez les femmes de 20 à 24 ans, le risque est de 32,4 % et baisse à 22,5 % pour celles de 45 à 50 ans, chiffre qui ne doit pas être négligé.

Cette étude a permis de constater que la pratique de l'avortement volontaire est liée au nombre élevé de grossesses. Les femmes qui ont fait le moins d'avortement (22,9 %) sont celles qui n'ont eu que deux grossesses ; par contre cette proportion double presque parmi celles qui ont eu 5 ou 6 grossesses et elle atteint 34,0 % chez les femmes ayant eu sept grossesses ou plus (figure 1). La diminution de la pratique de l'avortement qui a pu être constatée après la septième grossesse correspond à des femmes âgées, en fin de vie féconde et qui ont eu une fécondité très élevée.

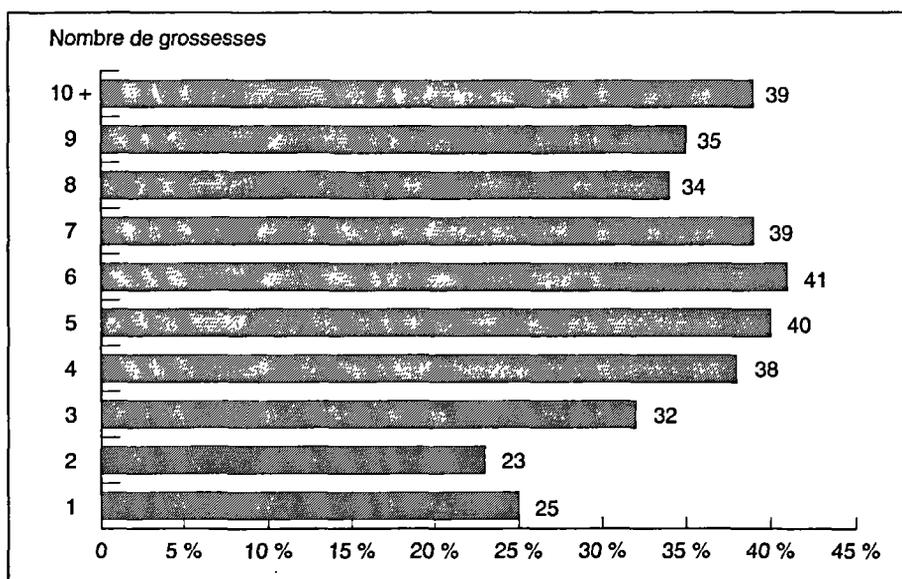
Le coefficient de régression entre le taux de grossesses et le taux d'avortements est de 74,9 %. En moyenne, pour chaque grossesse additionnelle, la proportion de femmes qui fait un avortement augmente de 1,5 points.

Il apparaît que les femmes qui ont des grossesses multiples utilisent l'avortement comme un recours extrême pour contrôler le nombre

Catégorie	Effectif	Pourcentage
<i>Région</i>		
1. Bogota	408 568	25,3
2. Antioquia	197 103	18,1
3. Atlantico	251 108	30,2
4. Andina	56 474	12,8
5. Valle	129 840	23,2
6. Interandina	84 391	20,5
<i>Couche sociale</i>		
1. Très basse	90 125	27,2
2. Basse	309 439	24,4
3. Moyenne-basse	478 686	21,6
4. Moyenne	169 490	21,8
5. Élevée	71 197	24,1
6. Très élevée	8 549	16,6
<i>Éducation</i>		
1. Primaire incomplet	229 934	28,7
2. Primaire complet	174 187	22,6
3. Secondaire incomplet	337 783	21,2
4. Secondaire complet	179 133	18,1
5. Universitaire incomplet	111 850	27,1
6. Universitaire complet	78 546	25,0
<i>Nombre d'enfants</i>		
0	268 115	17,4
1	233 870	25,0
2	242 658	25,6
3	161 696	25,4
4	93 401	26,4
Cinq et plus	127 221	24,5
<i>Nombre de grossesses</i>		
1	229 464	25,4
2	208 258	22,9
3	205 185	31,7
4	183 896	38,1
5	117 775	40,3
6	66 060	40,9
7	106 732	38,8
8	37 034	35,2
10 et plus	27 226	38,9
<i>Âge actuel</i>		
15-19	87 217	12,0
20-24	168 792	20,6
25-29	230 878	27,0
30-34	207 812	28,0
35-39	165 043	27,4
40-44	113 524	21,4
45-49	67 333	22,2
50-54	61 341	19,4
Total national	1 127 485	22,9

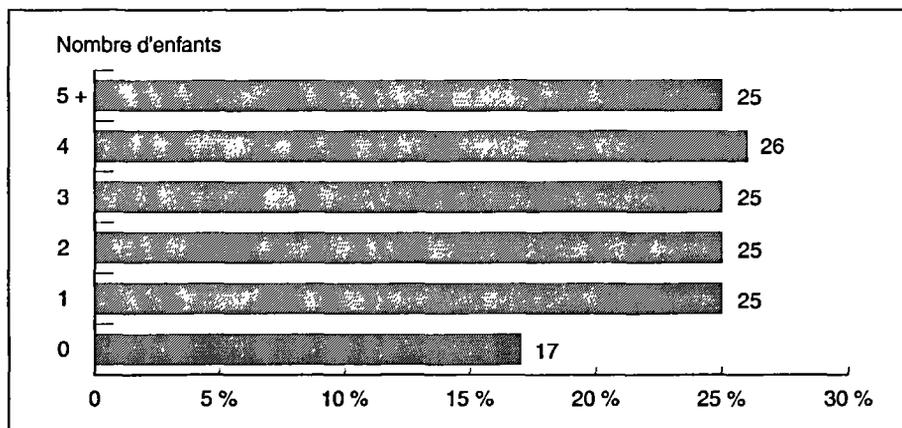
Source : Universidad Externado de Colombia. El Aborto Inducido en Colombia.

Tableau 1.
Femmes ayant eu au moins une IVG
selon certaines caractéristiques socio-démographiques.



Source : Universidad Externado de Colombia. El Aborto Inducido en Colombia, 1993.

Figure 1
Femmes ayant eu au moins une IVG
selon le nombre de grossesses. Colombie urbaine, 1992.



Source : Universidad Externado de Colombia. El Aborto Inducido en Colombia, 1993.

Figure 2
Femmes ayant fait une IVG selon le nombre d'enfants.
Colombie urbaine, 1992.

de naissances (figure 2). Les variations dans la proportion de femmes ayant fait une IVG selon le nombre d'enfants ne sont pas significatives, mais elles le sont selon le nombre de grossesses.

Les grossesses terminées par une interruption volontaire de grossesse

La proportion d'avortements provoqués pour 100 grossesses est un indice plus subtil de la mesure de l'IVG puisqu'il ne tient pas compte du biais qu'introduit l'exposition plus ou moins grande à un risque de grossesse, que l'on trouve dans les autres mesures. Cette proportion va nous permettre d'estimer la contribution de l'IVG dans la réduction de la descendance des femmes.

Les femmes ont déclaré en moyenne 2,34 grossesses : 12,37 % de ces grossesses se sont terminées par un avortement provoqué soit en moyenne 0,29 IVG par femme (tableau 2). Comme le nombre moyen d'enfants nés vivants est de 1,9 par femmes, celui des avortements spontanés et des mort-nés se situe en moyenne à 0,15, ce qui représente 6,41 % des grossesses (tableau 3 et figure 3)¹.

Le rôle de l'avortement dans la réduction de la fécondité est d'autant plus important que, dans les dernières années, les taux d'avortements se sont accrus rapidement. On peut craindre que dans les prochaines années les femmes continuent à avoir recours massivement à cette forme de contrôle des naissances.

¹ Selon l'Enquête nationale de santé de 1989, la proportion de mort-nés est de 1,29 pour cent grossesses. Si on soustrait ces mort-nés des 6,4 % d'avortements et mort-nés, observés dans notre étude, on obtient 5,12 % d'avortements spontanés; chiffre qui paraît très bas par rapport aux 10 % généralement acceptés, si on se réfère aux études de laboratoires.

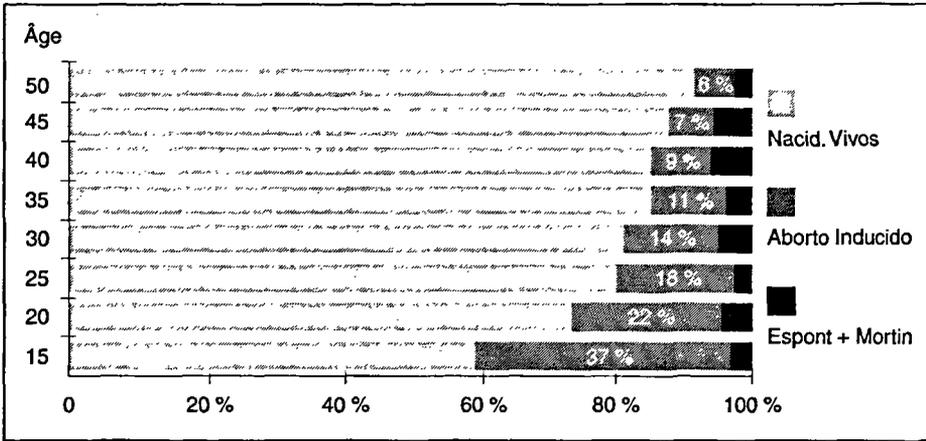
Il est probable que, dans notre enquête nous ayons un sous-enregistrement des mort-nés et/ou des avortements spontanés. L'enquête n'était pas destinée à faire une recherche en détail sur les avortements spontanés. Ceux-ci peuvent être détectés facilement en situation de laboratoire, mais difficilement au cours d'une enquête anonyme. Les femmes non seulement peuvent oublier facilement une grossesse perdue dans les toutes premières semaines, mais aussi des nombreuses femmes peuvent ne pas avoir conscience d'un avortement spontané, surtout si celui-ci ne s'accompagne d'aucun type de complication médicale.

Catégorie	Femmes avec Grossesse	Nombre moyen de grossesses par femme	Avortements pour 100 grossesses
<i>Région</i>			
Bogotá	1 213 056	2,21	14,67
Antioquia	811 880	2,22	10,42
Atlantico	676 833	2,81	13,19
Andina	300 811	2,21	7,23
Valle	417 742	2,33	13,11
Interandina	313 001	2,46	10,83
<i>Couche sociale</i>			
1. Très basse	274 387	3,20	11,11
2. Basse	998 939	2,60	12,00
3. Moyenne-basse	1 685 926	2,27	11,70
4. Moyenne	538 173	1,97	14,71
5. Élevée	197 305	1,91	17,38
6. Très élevée	38 595	1,82	8,53
<i>Éducation</i>			
1. Primaire incomplet	713 822	3,82	10,31
2. Primaire complet	679 021	3,21	8,85
3. Secondaire incomplet	1 120 328	2,00	12,91
4. Secondaire complet	701 240	1,66	13,46
5. Universitaire incomplet	214 424	1,28	27,48
6. Universitaire complet	225 802	1,63	19,64
<i>Nombre de grossesses</i>			
1	905 106	1	25,4
2	980 072	2	12,7
3	710 322	3	12,7
4	482 784	4	13,2
5	277 246	5	11,6
6	161 375	6	10,1
7 +	288 419	7 +	7,7
<i>Âge</i>			
15-19	223 458	0,34	36,58
20-24	520 291	1,09	21,56
25-29	700 917	1,88	17,60
30-34	672 975	2,59	13,82
35-35	567 751	3,18	11,27
40-44	403 867	3,89	9,32
45-49	298 639	4,45	6,91
50-54	263 585	5,26	6,41
Ensemble	3 733 323	2,34	12,37

Source : Universidad Externado de Colombia. Estudio Nacional de Aborto Inducido.

Tableau 2

Grossesses terminées par une IVG (pour 100 grossesses).



Source : Universidad Externado de Colombia. El Aborto Inducido tabulados.

Figure 3
Issue des grossesses selon l'âge des femmes.
Colombie urbaine, 1992.

Issue des grossesses	Nombre moyen	Pourcentage
Naissances vivantes	1,90	81,2
Interruptions volontaires de grossesses	0,29	12,4
Avortements spontanés et morts-nés	0,15	6,4
Grossesses par femme	2,34	100,0

Tableau 3
Nombre moyen de grossesses selon leur issue.
Colombie urbaine, 1992.

L'avortement comme variable intervenant dans le processus de transition démographique

L'analyse du processus de transition démographique se base habituellement sur des variables classiques telles que la natalité, la mortalité, la migration et prend très peu en compte d'autres variables comme

la nuptialité, la divortialité, et l'avortement. En Colombie, et ceci est sûrement valable pour l'ensemble de l'Amérique latine, l'IVG est un élément du processus de baisse de la fécondité.

À partir des résultats de l'enquête, nous avons pu calculer le poids de l'avortement dans la réduction de la descendance. La moyenne des avortements par femme, additionnée à celle des enfants nés vivants nous donne la moyenne des enfants que la femme aurait du avoir si elle n'avait pas eu une interruption volontaire de grossesse.

La part de l'avortement dans la réduction de la descendance

Le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,9 et celui des avortements de 0,29 : si les femmes n'avaient pas pratiqué l'IVG, elles auraient eu une descendance de 2,19 enfants (tableau 4). Ainsi le recours à l'avortement a-t-il entraîné une réduction de la descendance de 13,2 %. Si nous effectuons ce calcul uniquement sur les femmes qui ont fait au moins un avortement, il apparaît que ce recours à l'IVG a réduit leur descendance de 37,7 % : sans l'avortement, leur descendance n'aurait pas été de 2,1 enfants mais de 3,3 enfants par femme.

Plus les femmes appartiennent à une couche sociale élevée et plus le recours à l'avortement comme moyen de contrôle de la natalité augmente (sauf pour les femmes de la couche sociale très élevée). Les couches les plus défavorisées présentent une moyenne de 11,3 % dans la réduction de leur descendance contre 19,2 % dans les couches sociales élevées.

Les différences de l'impact de l'avortement selon le niveau d'éducation sont également intéressantes : les femmes ayant interrompu leurs études primaires ont réduit leur descendance de 10,7 % en ayant recours à l'avortement. Les femmes avec éducation universitaire complète l'ont diminuée de 21 % et celles avec un niveau universitaire incomplet de 30,5 %. Dans ce dernier groupe les « récidivistes », c'est-à-dire les femmes qui ont eu trois avortements ou plus, ont réduit jusqu'à 75,4 % leur descendance par l'IVG : elles s'inscrivent essentiellement dans un modèle de famille très restreinte (en moyenne 1,2 enfants). Ce sont des femmes qui commencent leur vie de couple tardivement et pour cette raison ont une période d'activité sexuelle avant mariage

Catégorie	Nombre moyen d'avortements	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Descendance sans avortement	% de réduction de la descendance
<i>Région</i>				
1. Bogota	0,33	1,8	2,13	15,35
2. Antioquia	0,23	1,9	2,13	10,76
3. Atlantico	0,37	2,3	2,67	13,86
4. Andina	0,16	1,9	2,06	7,76
5. Valle	0,30	1,9	2,20	13,70
6. Interandina	0,26	2,1	2,36	11,19
<i>Couche sociale</i>				
1. Très basse	0,36	2,8	3,16	11,27
2. Basse	0,31	2,2	2,51	12,41
3. Moyenne-basse	0,27	1,9	2,17	12,30
4. Moyenne	0,29	1,6	1,89	15,34
5. Élevée	0,33	1,4	1,73	19,20
6. Très élevée	0,16	1,6	1,76	8,86
<i>Éducation</i>				
1. Primaire incomplet	0,39	3,3	3,69	10,67
2. Primaire complet	0,28	2,8	3,08	9,22
3. Secondaire incomplet	0,26	1,6	1,86	13,91
4. Secondaire complet	0,22	1,4	1,62	13,75
5. Universitaire incomplet	0,35	0,8	1,15	30,47
6. Universitaire complet	0,32	1,2	1,52	21,07
Total	0,29	1,9	2,19	13,25

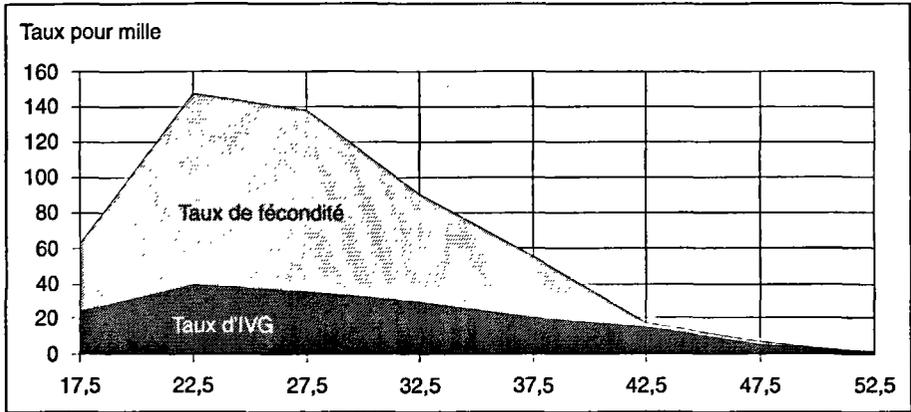
Source : Universidad Externado de Colombia. El Aborto Inducido en Colombia.

Tableau 4

Contribution de l'avortement dans la réduction de la descendance. Colombie urbaine, 1992.

beaucoup plus longue. Ce sont celles qui planifient le plus, elles sont peu disposées à laisser au hasard l'augmentation du nombre de leurs enfants et ont plus d'accès aux services privés d'avortement.

Si l'on prend comme base les avortements survenus pendant les cinq années précédant l'enquête, il est possible d'établir les taux annuels spécifiques d'avortement volontaire pour chaque groupe d'âge (figure 4) Ces taux indiquent le nombre d'avortements, pour 1 000 femmes d'un groupe d'âge déterminé, survenus pendant une année d'observation. Ils sont comparables aux taux annuels spécifiques de fécondité. Selon ce calcul, durant la période 1989-1991 il s'est produit annuellement une moyenne de 24,6 avortements pour 1 000 femmes de 15 à 54 ans. La fluctuation de la moyenne selon



Source : TEF = Profamilia, EPDS, 1990. Taux d'IVG = U. Externado de Aborto.

Figure 4
Taux annuels spécifiques de fécondité (1987-1990)
et taux d'IVG (1987-1992). Colombie urbaine.

l'âge des femmes reproduit le modèle de fécondité. Les taux augmentent avec l'âge pour atteindre le maximum dans le groupe de 20 à 45 ans (38,8) et descendent lentement jusqu'à 40 ans (14,9). Sur le graphique la superposition des taux d'avortement et des taux de fécondité en milieu urbain, issus de l'Enquête nationale démographique² permet d'apprécier l'importance du rôle de l'avortement dans la réduction de la fécondité dans un laps de temps similaire.

L'accroissement de l'IVG

La Colombie est un des pays du monde où la fécondité a chuté très rapidement. En 25 ans seulement, le taux global est passé de 7,0 à 2,9 enfants par femme (tableau 5). L'hypothèse qui guida les programmes de planification familiale fut que la disponibilité massive de contraceptifs parmi la population féminine et son usage généralisés permettraient de réduire de façon notable la pratique de l'avor-

² Profamilia, Encuesta de prevalencia, demografía y salud. 1990. Bogotá, 1991.

Période	Taux de fécondité	Source
1960-1964	7,0	Elkins (73)
1965-1966	6,5	Elkins (73)
1967-1968	6,0	Elkins (73)
1972-1973	4,5	CEDE (87)
1975-1976	4,4	Hobcraft (80)
1977-1978	3,7	DANE-Pol (80)
1977-1978	3,8	Ochoa (79)
1979-1980	3,8	Ordoñez (81)
1979-1980	3,6	Ochoa (81)
1981-1986	3,3	CCRP/IRD (87)
1984-1986	3,2	CCRP/IRD (87)
1984-1985	3,2	Ordoñez (90)
1987-1990	2,9	EPDS (90)

Source : Profamilia, Encuesta de prevalencia, demografía y salud. Bogotá, 1991.

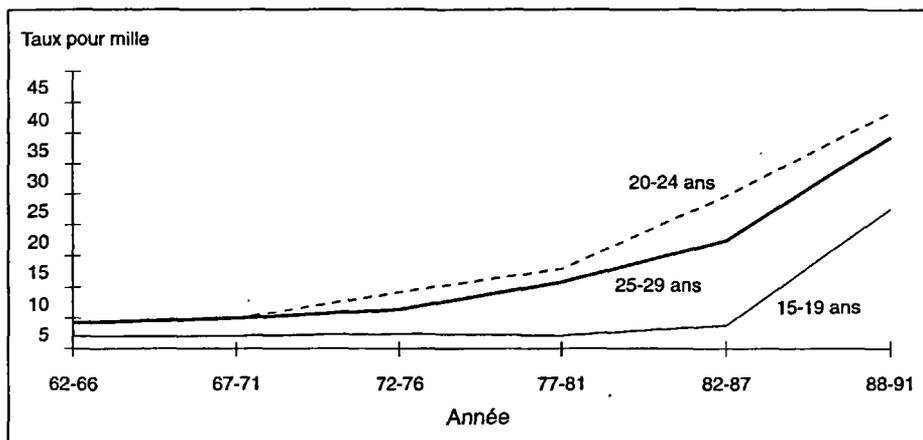
Tableau 5

Évolution des taux de fécondité par zone, Colombie 1960-1990.

tement. Cependant les chiffres semblent démontrer le contraire. Une bonne part de la baisse de la fécondité est le résultat de l'accroissement du taux d'avortement provoqué.

Le pourcentage de femmes ayant pratiqué une IVG a été multiplié par six passant de 1,7 % durant la période 1952-1956 à 12,3 % pour la période 1988-1991. La proportion des femmes ayant expérimenté un premier avortement a décuplé, passant d'une moyenne annuelle de 1,6 % en 1952-1956 à 9,65 % en 1988-1991. La proportion de femmes qui ont eu un deuxième avortement, pratiquement inexistante dans la période 1952-1956, a atteint 2,1 % en 1988-1991.

La série des taux spécifiques d'avortement pour les périodes quinquennales antérieures à notre enquête donne une idée de l'accroissement du phénomène dans la dernière décade. Les taux augmentent d'année en année et pour tous les groupes d'âges. Les femmes âgées de 20 à 24 ans par exemple, dans la période de 1988-1991, présentent un taux d'avortements provoqués 8 fois supérieur à celles du même groupe entre 1967-1971 (figure 5).



Source : Universidad Externado de Colombia. El Aborto Inducido en Colombia. Tabulados.

Figure 5
Taux d'avortements pour mille femmes selon l'âge à l'avortement et l'année. Colombie urbaine, 1992.

L'accroissement du taux d'avortement chez les moins de 25 ans est très net (figure 5). Le taux inférieur à 5 % pour la tranche de 15 à 19 ans a été multiplié par cinq pendant les dernières années. Les chiffres font apparaître un accroissement rapide de la pratique de l'avortement surtout chez les femmes les plus jeunes. Une question se pose de savoir pourquoi l'accroissement des taux d'avortement survient en même temps que se généralise l'accès et l'usage des contraceptifs modernes dans le pays³. Quels sont les facteurs qui interfèrent pour que le risque d'avortement ne diminue pas ? Ou qu'est-ce qui détermine le fait que l'avortement devient un moyen important de réduction de la descendance ?

³ D'après les dernières enquêtes de Démographie et Santé, le pourcentage de femmes qui avait utilisé au moins une fois une méthode de contraception est passé de 37,4 % à 57,6 % entre 1976 et 1990, et le pourcentage de femmes vivant en couple employant une méthode contraceptive est passé de 51,8 % à 66,11 % durant la même période.

L'absence de pratiques préventives

Dans notre enquête, nous avons pu établir que 78,4 % des avortements correspondent à des grossesses non désirées et qui surviennent parce que les couples n'utilisent aucun type de contraceptif. L'absence de comportements préventifs explique ainsi les deux tiers de ce recours à l'avortement.

La classification par couches sociales démontre que dans les couches aisées la pratique préventive est plus fréquente, mais à peine de 6 points de plus que dans les couches les plus défavorisées. C'est ainsi que 72,0 % des femmes de la couche la plus élevée n'avaient pas utilisé de contraceptif avant la grossesse qui a dû être interrompue.

Cette pratique de l'avortement n'est pas exclusivement liée à une absence d'utilisation de la contraception : un cinquième des avortements se produit à cause de l'utilisation erronée d'un contraceptif, due soit à une mauvaise utilisation de la méthode, soit à son inefficacité. Ceci signifie que l'on pourra réduire le taux d'avortement à seulement 21,6 % en améliorant l'efficacité des contraceptifs, laissant le reste à la charge de l'amélioration du comportement préventif.

L'accroissement de l'avortement provoqué semble bien exprimer les caractéristiques de l'usage des contraceptifs dans le pays. Si la majorité des femmes est relativement bien informée sur les méthodes de planification familiale, a eu accès à différents types de contraceptifs, et affirme les avoir utilisés, il est aussi certain que leur usage ne fait pas encore partie de la vie sexuelle des couples ; la population n'est pas habituée au principe d'une démarche de prévention ou de planification. En revanche, elle développe des stratégies opportunes dans un contexte d'urgence. Entre le hasard et la nécessité, l'avortement offre la solution adéquate. Dans la mesure où les contraceptifs continuent à être l'expression d'une rationalité étrangère qui amène des contraintes planifiées et durables, l'avortement va malheureusement continuer d'être une pratique de contrôle de la fécondité.

Bibliographie

- FREJKA T., ATKIN L., 1990 —
« The role of induced abortion in the fertility transition in Latin America » ; *monografía presenta al Seminario sobre la transición de la Fecundidad en América Latina*. Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Buenos Aires 3-6 de abril; y entrevistas con profesionales en el tema.
- FREJKA T., ATKIN L., TORO O., 1989 —
Programa de investigación para la prevención del aborto inducido en condiciones riesgosas y sus consecuencias adversas en América Latina y el Caribe. The Population Council, México, septiembre 1989.
- LISKIN L., 1980 —
Complication of abortion in developing countries; *Population Reports*, 7 Ser. E.
- PABON A., 1993 —
Indicadores de salud y sus tendencias. Instituto Nacional de Salud, Santafé de Bogotá, D.C., febrero 1993.
- PABON A., 1993 —
Aborto inducido y espontáneo. Instituto Nacional de Salud, Santafé de Bogotá, D.C., abril 1993
- SING S., WULF D., 1991 —
« Cálculo de los niveles de aborto en Brasil, Colombia y el Perú a base de datos hospitalarios y de encuestas de fecundidad » ; *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. Número especial de 1991 : 14-19-823.

Annexe

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA INFORMACION ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

POR FAVOR, DE LA VERACIDAD DE SU INFORMACION DEPENDE EL BIENESTAR Y LA VIDA DE MUCHAS MUJERES

Años cumplidos

Ocupación u oficio _____

EDUCACION

- Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Universitaria incompleta
 Universitaria completa
 Postgrado
 Otra. Cuál?

Se ha practicado o se ha mandado practicar alguna vez un aborto ?

- Sí, uno Sí, dos Sí, tres Sí, más de tres No, nunca

No. de orden del aborto	Edad que tenía	Su esposo o compañero la presionó para hacerlo	Tragajaba en ese momento	Estaba usando anticonceptivo	Estado civil al momento del aborto
<input type="checkbox"/> 1er. aborto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No le conté	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudiaba	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Viuda o Separ.
<input type="checkbox"/> 2e aborto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No le conté	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudiaba	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Viuda o Separ.
<input type="checkbox"/> 3er. aborto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No le conté	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudiaba	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Viuda o Separ.
<input type="checkbox"/> 4e. aborto		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No le conté	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudiaba	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Viuda o Separ.

Estos abortos provocados eran :

- El 1er. embarazo El 4º embarazo El 7º embarazo
 El 2º embarazo El 5º embarazo El 8º embarazo
 El 3º embarazo El 6º embarazo El 9º embarazo

Cuántas veces ha quedado embarazada, en total ?

Cuántos hijos nacieron vivos ?

El año pasado estuvo usted embarazada ?

- No Sí Cuántas veces ?

El año pasado se practicó o se mandó practicar algún aborto ?

- No Sí, uno Sí, dos

En ese momento estaba usando anticonceptivo ?

- No Sí Cuál ?

Una vez termine indrodúzcalo en el sobre, selle el sobre y colóquelo en la urna

Gracias por su ayuda!

Mesure de la demande de planification familiale à partir de la taille de la famille souhaitée par les filles et de la parité de leur mère

Le cas de Biankouma (Côte d'Ivoire)

Richmond Tiémoko

La fécondité élevée, et de surcroît précoce et tardive, pose des problèmes de santé (de la reproduction) et de planification. C'est pourquoi, la régulation des naissances est nécessaire surtout par les méthodes modernes compte tenu de l'échec et/ou de l'abandon des méthodes traditionnelles. Mais la mise en œuvre de programmes de planification familiale nécessite la connaissance du milieu et surtout des besoins en contraception non satisfaits et des besoins potentiels. Cette *unmet need* est généralement mesurée à travers plusieurs questions, lesquelles ne sont pas toujours posées dans les enquêtes. Le présent article propose une mesure rapide et indirecte de cette demande, à partir du niveau de la performance reproductive (ou taille de la famille) désirée par l'enquêtée comparée à celle réalisée par sa mère, et de son attitude à l'égard des méthodes contraceptives. En effet, la pratique contraceptive dépend de la taille souhaitée de la famille et la fécondité désirée est une variable intermédiaire de la pratique contraceptive (Fu Haishan, 1986).

Revue de la littérature

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la mesure de la population utilisatrice, effective et/ou potentielle, de méthodes contraceptives ou de façon plus générale des services de planification familiale. L'intérêt est surtout porté sur la demande potentielle ou demande non satisfaite désignée par le terme anglo-saxon *unmet need*.

Selon Sayed (1986), ce terme d'*unmet need* désigne l'ensemble des femmes mariées en âge de procréer, fécondes, qui ne veulent plus d'enfants et qui ne sont pas utilisatrices de contraception. Il est évident que cette définition ne prend pas en compte toutes les femmes qui désirent arrêter la procréation : celles qui ont une bonne raison pour ne pas utiliser les contraceptifs au moment de l'enquête, et celles qui veulent retarder ou reporter les grossesses mais qui n'utilisent pas la contraception (Bongaarts, 1991). Il faut par conséquent une mesure qui tient compte de ces deux groupes.

Signalons qu'avant Bongaarts, Westoff et Pebley (1984) ont passé en revue toutes les méthodes (une dizaine) de mesure de la demande non satisfaite et ont conclu qu'il n'en existe pas de meilleure.

La demande non satisfaite peut être une demande proche, c'est-à-dire concernant la période suivant l'enquête (c'est ce que mesurent les enquêtes CAP et WFS) ou une demande lointaine. Pour tenir compte du temps et mettre en exergue ces deux composantes, Nortman, cité par Sayed (1986), a proposé une méthode qui mesure, d'une part une demande non satisfaite au cours de la première année suivant l'enquête, d'autre part la demande potentielle dans un avenir lointain.

La détermination de la population cible pour la contraception n'est pas chose aisée. Une série de questions permet de répartir les enquêtées selon le statut : *protected status* ou *unprotected status* (Brophy, 1990) et de faire ces mesures ; le *unprotected status* est caractérisé par l'intention reproductive dans l'espace ou la limitation.

Généralement, la demande non satisfaite mesurée est la demande immédiate au cours de l'année suivant l'enquête. Or, certaines femmes qui ne désirent plus d'enfants ont déjà un « excédent » de naissances vivantes par rapport au nombre souhaité. D'autres femmes, souhaitant éviter cet excédent ou les enfants non désirés ont recours aux

avortements provoqués. Ainsi, les résultats d'une enquête menée dans une commune d'Abidjan en 1993 auprès de 500 femmes et filles par l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF, agence locale de planification familiale) montre que plus des trois quarts (79,4 %) des enquêtées ont fait une interruption volontaire de grossesse (Kouakou *et al.*, 1993). Dans tous les cas, il est nécessaire pour tous de prévoir à temps cette demande ou, du moins, de cibler les femmes du statut non protégé afin de motiver la demande par des actions d'IEC (Information, Éducation, Communication) ou de satisfaire les demandes immédiates.

La planification familiale doit aider une femme ou une fille à mieux organiser et gérer sa vie génésique. Si, de plus, une telle personne envisage d'avoir une descendance finale inférieure ou égale à celle de sa mère, il faudra la considérer comme une utilisatrice potentielle des services de planification familiale, compte tenu des écarts de comportements par rapport aux mères en matière d'espacement des naissances.

■ Méthodologie suivie et données utilisées

La demande potentielle ou demande non satisfaite concerne ici les femmes de l'échantillon qui désirent avoir moins d'enfants que leur mère et qui ne pratiquent aucune méthode moderne de planification. Il s'agit d'ores et déjà d'un besoin de limitation qui pourrait être suivi éventuellement d'un besoin d'espacement. Nous nous intéressons à toutes les femmes sans distinction d'état matrimonial, même si souvent pour un besoin de rapprochement, nous distinguons les mariées des autres groupes. Il s'agit aussi de caractériser ces femmes, probables utilisatrices, par les variables socio-démographiques.

Pour avoir une estimation de la demande non satisfaite nous proposons la méthode qui suit, à partir des questions suivantes :

« Souhaitez-vous avoir moins, pareil ou plus d'enfants que votre mère ? »

«Pratiquez-vous (avez vous pratiqué) une méthode quelconque de contraception moderne ?»

À partir de la première question, on détermine celles qui veulent moins d'enfants ou le même nombre d'enfants que leur mère. Pour atteindre cet objectif, elles doivent planifier leur fécondité. Si elles ne pratiquent pas la planification familiale, il existe alors une demande non satisfaite potentielle. Des questions sur la parité atteinte, la taille souhaitée de la famille et la fratrie ou descendance atteinte de la mère permettent de bien caractériser ces femmes en besoin en contraception. Pour les enquêtées qui veulent une descendance plus élevée que celle de leur mère, la demande de planification familiale pourra être décelée à partir de la descendance finale de leur mère, la taille de la famille souhaitée et leurs comportements et attitudes envers la contraception et l'avortement provoqué.

Cette méthode repose sur l'idée suivante : les méthodes traditionnelles de régulation des naissances sont en régression au fil des générations, notamment les durées d'allaitement et d'abstinence post-partum. Les filles auront, sans la planification familiale, le même comportement régulateur ou moins affirmé que celui de leur mère en matière de fécondité. En effet, si elle allaitent et/ou s'abstiennent davantage que leur mère, elle peuvent bien atteindre leur objectif sans avoir besoin de la contraception moderne.

L'avantage est que les données sur les méthodes traditionnelles de régulation sont connues à partir d'autres sources ou de données antérieures qui correspondent au comportement des mères.

Signalons par ailleurs que la première question peut donner une idée, certes vague, de l'évolution de la fécondité.

Les données utilisées proviennent de «l'enquête socio-démographique santé-reproduction» de Biankouma, réalisée en mai 1991 par l'ENSEA d'Abidjan. Le volet «santé-reproduction» a porté sur un échantillon de 1 203 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Compte tenu des hypothèses qui sous-tendent notre mesure, nous donnerons le niveau et la tendance des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances, à savoir l'allaitement maternel et l'abstinence post-partum.

Contexte de la reproduction à Biankouma et vérification des hypothèses

Niveau et tendance de la fécondité

La politique démographique de la Côte d'Ivoire a été pendant longtemps une politique populationniste, caractérisée par les facilités d'immigration et le soutien à la forte fécondité pour faire face au besoin de main-d'œuvre nécessaire à son économie essentiellement agricole. Mais, le marasme économique, le poids des dépenses sociales et la pression des organismes internationaux (Sala-Diakanda, 1991) ont poussé les pays africains, et la Côte d'Ivoire en particulier, vers le contrôle de la croissance (de la fécondité en particulier) de la population.

La fécondité est élevée dans la commune de Biankoua, comme dans toute la Côte d'Ivoire, et ceci depuis une dizaine d'années. En effet, en 1991, la parité moyenne des femmes âgées de 45 à 49 ans (assimilable à la descendance finale) s'élevait à 6,43 enfants (Essoh Nome, 1993), contre un indice synthétique de fécondité de 6,7 enfants par femme en 1987 pour tout le pays (Abbas, 1991). Les résultats de l'Enquête ivoirienne sur la fécondité (Direction de la Statistique, 1981), montrant un niveau de fécondité relativement faible de la région de l'Ouest, nous poussent à conclure que la volonté de réduire la taille de la famille ne s'est guère manifestée au cours de la période; plus exactement, si elle a existé, elle ne s'est pas encore concrétisée. À la question « voulez-vous avoir plus ou moins d'enfants que votre mère ? », il apparaît que la majorité (49,6 %) des enquêtées ou plus précisément 54,6 % des 1 099 qui se sont prononcées veulent moins d'enfants que leur mère (tableau 1). Signalons que la parité moyenne des mères, calculée à partir de la parité de la mère déclarée par l'enquêtée, s'élève à 6 enfants. On sait par ailleurs que cette parité moyenne est probablement sous-estimée à cause de l'oubli et surtout de la mortalité infantile.

Descendance finale souhaitée par rapport à la performance réalisée de la mère	Effectif	Pourcentage
Moins	597	49,6
Egale	154	12,8
Plus	348	28,9
Non Déclaré	104	8,7
Total	1203	100,0

Tableau 1
Répartition des enquêtées selon le niveau de la taille de la famille par rapport à la descendance finale de leur mère.

Niveau et tendance de l'allaitement maternel et de l'abstinence post-partum

Si le niveau de la fécondité en régime de fécondité naturelle est en deçà du maximum biologique, c'est entre autre en raison de l'effet des pratiques post-partum, dont l'allaitement et l'abstinence (Bongaarts, 1991). L'allaitement au sein rencontre une désaffection de la part des jeunes générations, d'où le redéploiement des campagnes OMS en 1993 en faveur de ce comportement sanitaire. En Afrique, il est généralement constaté un raccourcissement de la durée d'allaitement au fil des ans suivant les générations (Sala-Diakanda *et al.*, 1991).

L'abstinence post-partum, autre moyen traditionnel de régulation de la fécondité, est généralement associée à l'allaitement au sein. Mais, comme pour ce dernier, les études montrent que ce comportement se pratique de moins en moins ou, plus exactement, que sa durée tend à diminuer (Sala-Diankanda *et al.*, 1991). Cette réduction annule son effet régulateur, si la durée devient inférieure à celle de l'aménorrhée. Dans le cas de Biankouma, cet effet est presque nul puisque la différence entre l'abstinence et l'aménorrhée post-partum n'est que 0,6 mois (7,5 mois contre 6,94 mois ; Essoh Nome, 1993). Comme le montre le tableau 2, les durées des comportements post-partum régulateurs de la fécondité diminuent au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente et/ou que les mères sont jeunes.

Caractéristiques des enquêtées	Allaitement	Abstinence
Groupe d'âges		
15-19	13,22	5,18
20-24	12,71	6,23
25-29	14,86	6,55
30-34	14,72	6,64
35-39	18,55	7,88
40-44	19,13	12,47
45-49	21,68	13,21
Niveau d'instruction		
Aucun	16,46	5,39
Primaire	14,37	4,25
Secondaire	11,32	5,00
Ensemble	15,80	7,50

Tableau 2
Durée moyenne en mois des comportements régulateurs post-partum des femmes enquêtées selon leurs caractéristiques.

Ces résultats montrent bien que, si rien n'est fait pour compenser ou rétablir la régulation de la fécondité, celle-ci risque d'augmenter et les jeunes femmes qui veulent avoir moins d'enfants que leur mère ne pourront malheureusement pas le faire efficacement.

D'après les résultats du tableau 1, notre intérêt se porte sur les 597 femmes, soit 49,8 % du total, qui désirent avoir moins d'enfants que leur mère. Ces femmes éprouvent donc une intention de limitation de la fécondité. Elles constituent déjà une demande (immédiate ou future) de service de planification familiale.

Sur les 597 femmes, 135 (soit 22,6 %) connaissent au moins une méthode contraceptive moderne mais, seulement 31 femmes (soit 5 % des 597 ou 23 % des 135) l'ont pratiquée au moins une fois. Aussi, sur l'ensemble des femmes qui connaissent (au sens d'« avoir entendu parlé de ») une méthode moderne, 40 % pensent que la méthode est efficace. Reste à savoir pourquoi ces femmes ne sont pas devenues utilisatrices...

Protected status : niveau et caractéristiques

Cette catégorie regroupe toutes les femmes enceintes ou en abstinence post-partum au moment de l'enquête. Elle sont au nombre de 183 (soit 30,6 % du total), dont 49 femmes enceintes et 134 femmes en abstinence post-partum. Les caractéristiques de ces femmes appellent les commentaires suivants :

- elles ont en moyenne moins de 25 ans (l'âge moyen est 24,9 ans);
- 74,3 % sont mariées, 6,0 % sont en union libre et 14,8 % se déclarent célibataires. Les non célibataires sont entrées en union pour la première fois en moyenne à 16,6 ans;
- leur niveau d'éducation est faible : 66,1 % sont analphabètes et 18,0 % ont fait le primaire contre 10,4 % pour le secondaire ou plus;
- la connaissance des méthodes contraceptives est faible : 29 % pour les méthodes traditionnelles et 19,7 % pour les méthodes modernes, à l'exception de l'avortement volontaire ; la pratique se révèle encore plus faible : 9,7 % pour les méthodes traditionnelles et 2,7 % pour les méthodes modernes. 6,7 % ont pratiqué au moins une fois une IVG. Si nous excluons les utilisatrices de méthodes modernes, la demande potentielle dans ce statut est alors de 97,3 %. Dans ce groupe de *protected status*, 52,5 % seulement souhaitent avoir des informations sur la contraception et généralement de la part du personnel de la santé;
- leur parité moyenne est de 3 enfants (10 % des femmes sont nullipares) et le nombre d'enfants décédés est de 0,6 (1,86 si nous calculons par rapport aux 57 femmes qui ont perdu au moins un enfant); la parité moyenne de leur mère est 7,5 enfants et la taille moyenne de la famille souhaitée est de 4,6 enfants. Ces femmes désirent encore en moyenne 2,2 enfants mais, signalons que 29 % ne veulent plus d'autres grossesses. Une femme sur dix a déjà eu plus de naissances qu'elle ne l'aurait souhaité, tandis que 22,4 % ont déjà atteint la taille souhaitée.

Signalons que 26 femmes (soit 4,4 %), qui ont une fois pratiqué une méthode contraceptive moderne et qui ne sont ni enceintes et ni en

abstinence post-partum, font partie de ce groupe. Comme le montre le tableau 3, elles sont jeunes (24,7 ans en moyenne) et en général instruites. L'examen de la situation matrimoniale montre que 46,2 % sont mariées, tandis que sur cinq femmes au moins une vit en union libre.

En matière de fécondité, elles se caractérisent par une parité moyenne atteinte de 2,3 mais, avec 30,8 % de nullipares. En moyenne, elles désirent encore 2,7 enfants et certaines (19,2 %) n'en veulent plus d'autres. Elles souhaitent une descendance finale de 4,6 enfants contre 7,8 pour leur mère. Cependant, 7,7 % ont déjà dépassé la taille de la famille souhaitée et 23 % ont atteint la limite désirée. Ces utilisatrices souhaitent avoir plus d'informations sur les contraceptifs et ceci de la part du personnel médical.

Unprotected status : niveau et caractéristiques

Il s'agit des femmes actuellement exposées au risque de grossesse (en les supposant exposées à la sexualité) parce que non protégées par la grossesse, l'abstinence ou une pratique contraceptive efficace. Ce statut concerne 388 femmes (soit 32,3 % du total). Elles ont en moyenne 25,9 ans. La parité moyenne atteinte de ces femmes est 2 enfants contre 7,4 pour les mères, mais 40,9 % sont encore nullipares. Elles ont perdu en moyenne 0,5 enfant, mais près des trois quarts de ces femmes n'ont jamais vécu la douleur de la perte d'un enfant. Ces femmes souhaitent avoir encore en moyenne 2,6 enfants pour atteindre la taille moyenne de la famille souhaitée (4,1 enfants).

Le besoin en planification familiale est probablement plus imminent pour les 17,8 % qui ont atteint la taille souhaitée, mais également pour les 11,6 % qui ont déjà eu plus d'enfants que souhaité.

Plus de la moitié de ces femmes (52,9 %) souhaitent vivement avoir les informations sur la planification et probablement sur les méthodes contraceptives efficaces.

Caractéristiques	Unprotected status	Protected status	
		Enceintes + Abstinence	Utilisatrices ni enceintes ni en abstinence
Âge moyen	25,9 ans	24,9 ans	24,7 ans
<i>Situation matrimoniale</i>			
Célibataire	40,7	14,8	23,1
Mariée	49,2	74,3	46,2
Union libre	3,1	6,0	26,9
Div + Ve.	7,0	4,2	3,8
N.D	–	0,5	–
<i>Niveau d'Instruction</i>	%	%	%
Analphabète	57,2	66,1	11,5
Primaire	19,8	18,0	23,7
Collège	19,8	4,9	57,7
Lycée et plus	0,2	5,5	7,7
<i>Fécondité</i>			
– Parité moyenne atteinte	2,0	3,0	2,3
– Proportion de nullipares	41,0%	9,8%	30,8%
– Nombre moyen d'enfants décédés	0,5	0,6	0,4
– Nombre d'enfants supplémentaires souhaités	2,6	2,2	2,7
– % de celles qui ne veulent plus d'enfants	24,4%	29,0%	19,2%
– Taille de la famille souhaitée	4,1	4,7	4,6
– % de femmes ayant dépassé le nombre d'enfants souhaité	11,6%	10,4%	7,7%
– % ayant atteint la taille souhaitée	17,8%	22,4%	23,0%
Parité de la mère	7,4	7,5	7,8
% désirant avoir des informations sur la PF	52,9%	52,5%	61,5%
Effectif	388	183	26

Tableau 3

Répartition des femmes qui veulent moins d'enfants que leur mère selon leur statut de PF et certaines caractéristiques socio-démographiques.

Elles sont pour la plupart mariées (49,2 %) ou célibataires (40,7 %), et environ 3 % vivent en union libre. Leur niveau d'instruction est faible puisque 57,2 % sont analphabètes et 19,8 % ont le niveau primaire et 19,8 % le niveau collège. Cette sous-population comprend notamment les filles des deux collèges de la place, ce qui augmente probablement la proportion des célibataires et des nullipares.

■ Caractéristiques démographiques des filles qui veulent égaler ou dépasser leur mère en matière de fécondité : désir implicite

Celles qui veulent égaler leur mère

Au nombre de 154, elles constituent 12,8 % des enquêtées. Elles ont en moyenne 26,3 ans. La majorité est en union (79,3 %) et pour celles qui ont eu au moins une union (mariée, divorcée, veuve ou en union libre), elles ont été en union de façon précoce, avec un âge d'entrée en première union de 17,8 ans.

En matière de fécondité, elles ont eu en moyenne 2,5 naissances vivantes et 0,4 enfants décédés; environ une sur quatre (24,7 %) est nullipare. Elles désirent (pour celles qui se sont prononcées) encore 4,3 enfants pour avoir une descendance finale de 6,3 enfants, comme leur mère.

La contraception n'est pas inconnue dans ce groupe. En effet, 16,2 % de ces femmes ont entendu parler d'une méthode contraceptive moderne; elles sont un peu plus à connaître les contraceptifs traditionnels (26,4 %). Même si la pratique contraceptive est encore très faible (3,2 %), le besoin d'information existe : 53,2 % souhaitent avoir des informations sur les méthodes contraceptives, et 46,1 % souhaitent être informées des méthodes abortives. Ces résultats montrent bien que la demande de planification familiale est présente parmi ce groupe, voire même importante.

Caractéristiques des enquêtées qui veulent avoir plus d'enfants que leur mère

Elles sont au nombre de 348 (soit 28,9 %) à vouloir avoir davantage d'enfants que leur mère. En général, ce sont des femmes qui approchent la trentaine (29,6 ans); trois quarts d'entre elles sont mariées, et seulement 14,7 % célibataires; l'âge moyen à la première union est 16,8 ans pour celles qui ont eu au moins une union.

La pratique des contraceptifs modernes est très faible dans ce groupe (1,7 %) et ces femmes ont suivi une abstinence sexuelle de 13,2 mois lors du dernier accouchement. Une importante proportion d'entre elles (43,7 %) exprime un besoin d'information sur la contraception. Paradoxalement, la majorité de ces femmes (61,5 %) souhaite avoir des connaissances sur les méthodes abortives.

Concernant la procréation, la parité moyenne atteinte est 3,9 enfants et 17,1 % de ces femmes sont nullipares. Le nombre moyen d'enfants décédés est de 0,6; 69,5 % de ces femmes n'ont jamais connu de décès de leur progéniture. Ces femmes désirent une taille finale de la famille de 6,4 enfants pour «surclasser» leur mère dont la descendance finale est de 3,8 naissances vivantes. La sous-fécondité des mères explique ce souhait chez leurs filles d'une fécondité plus élevée. Cependant, le besoin d'information contraceptive et surtout abortive montre bien que la demande contraceptive dans ce groupe n'est pas à négliger.

Conclusion

L'objectif de ce travail était d'estimer la demande de planification familiale à partir de la comparaison de la parité des mères des enquêtées et de la descendance finale souhaitée par ces dernières. Les résultats ont montré que près de la moitié des femmes veulent moins d'enfants que leur mère, ce qui est confirmé par les descendance souhaitées et réalisées par elles et leurs mères. Et, même celles qui n'ont pas un désir de limitation explicite se révèlent intéressées par les méthodes contraceptives. Ceci indique la tendance future à la

baisse de la fécondité si les demandes sont motivées (par des campagnes d'IEC) et satisfaites. L'intérêt de la méthode d'estimation est de permettre aux agences de planification familiale une planification de leurs activités immédiates et futures, surtout qu'il n'existe pas de services correspondants dans la région. Cette mesure montre bien l'ampleur de la demande de ces services au sein des trois groupes, et cette demande pourrait s'accroître étant donné que les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances sont en déperdition. Par ailleurs, en demandant aux enquêtées de se comparer à leur mère, on reste bien dans la logique de la société traditionnelle en mutation. La réponse montre si le respect du *statu quo* persiste ou si la mutation s'opère déjà par le « refus » de l'ordre des aînées.

Bibliographie

ABBAS S., 1991 —

« La fécondité ». In Direction nationale de la Statistique, séminaire national de présentation des résultats du recensement général de la population et de l'habitat 1988, Abidjan, 18-21 novembre 1991, 29 p.

KOUAKOU N., KOUAME K., SHUMBA P., 1993 —

Étude du milieu et connaissances, attitudes et pratiques des populations de Yopougon en matière de planification familiale. Aibef Pathfinder, rapport.

BONGAARTS J., 1991 —

The KAP-GAP and the Unmet Need for contraception. New York, Population Council-Research Division, Working papers, n° 23, 34 p.

BRPHY G., 1990 —

« Unmet need and non use of FP in Bostwana ». In : *Population today*, 18 (11) : 6-7.

ESSOH NOME M., 1993 —

Déterminants socio-culturels de

la fécondité dans une commune semi-rurale : cas de la commune de Blankouma. Mémoire de DED, Iford, Yaoundé.

FU HAISHAN, 1986 —

« Some differences in fertility related attitude and behaviour by ethnicity in peninsular Malaysia ». In : CDC Research Monograph Series n° 16, Cairo, CDC : 523-553.

SAYED H., EL-ZAINI, 1986 —

« Unmet need for contraception in rural Egypt ». In : CDC Research Monograph Series n° 16, Cairo, CDC : 93-125.

SALA-DIAKANDA D., GUBRY P., 1988 —

« Vers la fin du malthusianisme et du populationnisme ? ». In : *Politique africaine en matière de fécondité : de nouvelles tendances.* Paris, Ceped, Les Dossiers du Ceped, n° 2 : 5-6.

SALA-DIAKANDA D., MFOULOU R., DACKAM N., 1990 —

Population et santé familiale en Afrique centrale. IPPF, 125 p.

TIEMOKO R., 1991 —
*Enquête socio-démographique
santé-reproduction : commune
de Biankouma mai 199.*, Rapport
de stage. Abidjan, Ensea, 56 p.
+ annexes.

TIEMOKO R., 1993 —
*Fécondité masculine et féminine
en milieu rural africain : approche
comparative des facteurs.*

*Monographie du village de Nyabi
(Cameroun)*. Mémoire de DED, Iford,
Yaoundé, 127 p.

WESTOFF C.F., PEBLEY A.R., 1984 —
« The measurement of unmet need
for family planning in developing
countries ». In ROSS J., McNAMARA R.,
ed. : *Survey analysis for the guidance
of FP programs*. Liège, Ordina
Éditions : 11-36.

À propos de la mesure de l'efficacité des programmes de planification familiale à Taïwan

Renaud Bailleux

La baisse de la fécondité dans les pays en voie de développement est un enjeu dont l'importance ne fait aucun doute, mais qui a été et demeure un sujet de débats passionnés. Malgré la légère prise de conscience du rôle moins important que prévu des programmes de planification familiale et du rôle accru des investissements « humains » (éducation, égalité des sexes, santé des enfants, etc. ; Bongaarts, 1994) sur la baisse la fécondité, le débat reste très ouvert. Dans ce contexte, des recherches sur les programmes de planification familiale passés et leur impact sur la baisse de fécondité ont leur utilité pour orienter la discussion.

Cet article aborde la controverse qui oppose, d'une part les chercheurs qui voient les programmes de planification familiale comme étant le remède miracle au problème d'une trop forte croissance de la population des pays en voie de développement ; d'autre part ceux qui pensent que les programmes ne peuvent à eux seuls réduire la tendance à une forte fécondité. Notre démarche consiste ici, de la manière la plus rigoureuse possible, à pousser dans leurs derniers retranchements un certain nombre d'études abordant cette question et de voir dans quelle mesure les éventuelles réductions invalident leur conclusion.

Les études analysées ici portent toutes sur Taïwan. C'est un pays dont l'expérience nous paraît pertinente pour plusieurs raisons. Une baisse

de fécondité y a été enregistrée et on y a vu l'introduction d'un programme de planification familiale; ensuite, les données taiwannaïses sont de bonne qualité; enfin, une littérature abondante existe sur le sujet.

Un précédent travail que nous avons effectué (Bailleux, 1993) analysait en détail quinze études relatives à Taïwan et dix à la Corée du Sud. Il est impossible dans le cadre de cet article de les reprendre toutes. Nous en avons sélectionné et résumé sept, qui utilisent quatre méthodes du Manuel IX des Nations unies (1980) et nous les avons ensuite opposées d'après la position défendue par l'auteur (sauf en ce qui concerne la méthode de décomposition).

Cette sélection résulte des hasards de la recherche bibliographique et des références empruntées à l'ouvrage de D. J. Hernandez (1984), la seule « méta-évaluation » des études analysant l'impact des programmes de planification familiale qui a été, à notre connaissance, entreprise à ce jour. Cette façon de procéder a surtout été utilisée pour les articles prouvant l'efficacité des programmes, tant la littérature est abondante sur ce sujet. Une recherche beaucoup plus systématique et plus fouillée a été entreprise pour trouver les (trop!) rares articles de l'autre courant. Enfin, nous tenons à préciser que les conclusions tirées de l'analyse des études se limitent au cadre de ce travail et demeurent à un stade exploratoire.

■ Évaluation des études analysant l'impact des programmes de planification familiale à Taïwan

Analyse de décomposition tendant à prouver l'efficacité des programmes de planification familiale

Dans leur article, Khoo et Park (1978) commencent par décomposer les taux de fécondité par âge. Ils notent que l'augmentation de l'âge au mariage des groupes de femmes les plus jeunes (15-30 ans) contribue à la baisse des taux de fécondité par âge tandis que pour les

femmes de 30 à 45 ans, c'est plutôt la baisse de la fécondité légitime qui fait baisser les taux de fécondité par âge. Comme cette dernière baisse peut être causée par l'introduction du programme de planification familiale, nous allons l'analyser plus en détail.

Les auteurs calculent le nombre total de naissances évitées par le programme comme étant le produit du nombre d'acceptrices des moyens contraceptifs multiplié par leur fécondité potentielle (fécondité qu'une population donnée, les acceptrices dans ce cas, aurait atteinte en l'absence de programme de planification familiale). Et, « *since an important factor in the estimation of birth averted is the potential fertility of acceptors, an effort has been made to derive estimates of potential fertility which represents a good approximation of the actual, but unknown rates.* » (Khoo et Park, 1978 : 69).

Pour l'estimation de celle-ci, ils font l'hypothèse qu'avant le lancement du programme, 20 % des femmes qui utilisent les services du programme de planification familiale utilisaient déjà un moyen contraceptif (effet de substitution); et que cette proportion augmentera jusqu'à 50 % à la fin de la période d'observation (1973). Puisque ces femmes utilisaient un moyen contraceptif avant l'introduction du programme, elles ne sont pas comptabilisées dans l'effectif des femmes touchées par le programme de planification familiale. Ce qui réduit le nombre de femmes touchées par le programme et donc le nombre de naissances évitées par celui-ci.

Ils trouvent ainsi un nombre de naissances évitées par le programme de planification familiale assez restreint : 68 000 sur la période de 10 ans, alors que d'autres auteurs parviennent au chiffre de 130 000 (Sun, 1977 : 73). Ensuite, ils ajoutent ce nombre de naissances évitées au nombre de naissances observées en 1974. Ce chiffre représente la fécondité potentielle. Le déclin du taux de fécondité entre la fécondité potentielle et la fécondité observée en 1964 est divisé par le déclin du taux de fécondité entre la fécondité observée en 1974 et celle de 1964. Le quotient de cette division donne le pourcentage de déclin de la fécondité légitime qui est attribuable au programme de planification familiale. Ils estiment celui-ci à 28 % pour la période comprise entre 1964 et 1974.

Cette étude semble être intéressante pour l'utilisation du pourcentage d'acceptrices touchées par l'effet de substitution, mais il faut garder à l'esprit que les données sur le nombre d'acceptrices de moyens anti-

conceptionnels ne sont pas toujours rigoureusement précises, et que les coefficients utilisés pour l'effet de substitution relèvent plus du bon sens que de l'empirisme. Malgré ces petits défauts, l'estimation et le pourcentage de baisse de fécondité attribués au programme apparaissent assez fiable.

Analyse de tendance visant à prouver l'inefficacité des programmes de planification familiale

Dans son ouvrage sur une étude de la baisse de fécondité à Taïwan, Hernandez (1984, chapitre 4) procède, dans un premier temps, à une décomposition du déclin de la fécondité entre 1964 et 1975 en trois composantes : *age-sex effect*, *marital status effect* et *age-specific marital fertility rates*. Les deux premiers effets étant du ressort de la structure démographique, il ne s'intéresse qu'à la dernière composante qui est responsable de 88 % du déclin total sur les onze années. Afin de pouvoir déceler un effet du programme ou un effet dû à l'évolution sociale (*indigenous effect*) dans ce déclin de fécondité, Hernandez étudie la fécondité légitime avant la mise en place du programme (la fécondité illégitime étant quasi nulle dans ce cas, l'auteur n'analyse que la fécondité légitime).

Dès lors, il postule qu'un déclin de fécondité qui a commencé à s'accélérer sous l'effet de la modernisation des structures sociales (phénomène enregistré avant la mise en place du programme de planification familiale, en 1963) va continuer son accélération : « *the rapid economic development has been precisely of a type likely to accelerate a drop in reproduction. [...] Such conditions (the economic development) have historically tended to accelerate a decline in birth rate* »¹. Pour appliquer ce postulat, il décompose la fécondité légitime des femmes âgées de 15 à 49 ans en groupes d'âges quinquennaux entre 1957 et 1960 d'une part, entre 1960 et 1963 d'autre part. La décomposition permet de trouver que les cinq groupes d'âges (tous sauf le groupe des 15-19 ans et celui des 45-49 ans), qui ont connu un déclin de fécondité accéléré entre 1957 et 1963, sont à la base de

¹ Davis (1967 : 735), cité par Hernandez (1984 : 56).

95 % des naissances enregistrées en 1964. Il est donc vraisemblable que l'accélération se serait poursuivie les années suivantes, avec ou sans programme de planification familiale.

En comparant la tendance projetée de la sorte (qui serait égale au niveau de fécondité que l'on aurait observé si le programme de planification familiale n'avait pas été introduit) et la tendance observée, Hernandez trouve un impact du programme de planification familiale sur la baisse de fécondité de 11 %.

La procédure utilisée par Hernandez est assez précise. On peut toutefois formuler les remarques suivantes.

Si la standardisation permet de projeter les taux de fécondité légitime (un taux débarrassé des effets de structure), on ne peut que regretter que la conclusion soit tirée à partir des taux brut de natalité cautionnant donc les erreurs que ce type de mesure recèle.

Le postulat de la baisse de fécondité qui s'accélère en fonction de la modernisation nous semble être un bon moyen d'améliorer l'estimation de l'effet du programme de planification familiale. En effet, utiliser l'hypothèse de constance de la fécondité et attribuer la baisse de la fécondité observée au seul effet du programme est une hypothèse peu fiable.

En bref, Hernandez proclame que : « *this research design is superior to much previous research designs* » et il nous faut reconnaître que de belles améliorations ont été apportées. Même s'il subsiste de petites imperfections, la méthode d'Hernandez nous semble correcte dans l'ensemble et, sur cette base, l'effet du programme de planification qu'il calcule nous paraît être dans un ordre de grandeur acceptable.

Analyse de tendance visant à prouver l'efficacité des programmes de planification familiale

D'après T.H. Sun (1975 : 475), l'application de cette méthode présente une difficulté : « *Taiwan's fertility had started to decline steadily before the implementation of the island-wide family planning program. This complicates the measurement of program impact using fertility trend data* ». Pour résoudre ce problème, l'auteur fait appel à l'hypothèse de constance du déclin de la fécondité. Mais, lorsque la différence entre la fécondité projetée et la fécondité observée est attribuée au

seul programme de planification familiale, on se trouve souvent face à un biais important. Dans le cas de Taïwan, par exemple, où la fécondité a pu baisser sous l'action d'autres facteurs que le programme, appliquer cette hypothèse surestime les effets du programme.

Dans les pages suivantes de son ouvrage, Sun se demande d'ailleurs si cette hypothèse est valable : « *this assumption may not be valid because the adoption of fertility control measures might have been accelerated by the increasing degree of modernization, an increasing flow of information, a heightened interest on the part of the population and availability of contraceptives in the absence of the program* », et il esquisse une réponse à sa question : « *however there is no way of measuring this hypothetical trend, although it is important to note that 71 % of IUD acceptors used the IUD as the first method.* » (Sun, 1975 : 480).

Sun estime donc que mesurer la baisse de fécondité due à des facteurs hors-programme est impossible. Et que, de toute manière, cette estimation n'est pas nécessaire pour déterminer l'impact du programme de planification familiale, vu que 71 % des femmes utilisant le stérilet n'utilisaient pas de moyens contraceptifs auparavant, donc que l'effet de substitution est minime. Cependant, les femmes utilisant le stérilet fourni par le programme auraient peut-être utilisé d'autres moyens contraceptifs modernes ou traditionnels. Il y a tout de même 29 % des femmes qui utilisaient un moyen contraceptif avant l'introduction du programme de planification familiale. Sans celui-ci, il est fort probable qu'elles aient continué de la sorte, et même que ce pourcentage ait augmenté.

Il apparaît évident que cette analyse surestime l'effet du programme, puisque Sun postule une constance du déclin de fécondité qui ne se justifie pas.

Schéma expérimental visant à prouver l'efficacité des programmes de planification familiale

Dans son étude, L. P. Chow (1968) analyse le taux de fécondité général par âge des acceptrices avant leur participation au programme (374 ‰) et celui qui leur correspond deux ans après l'acceptation du stérilet (80 ‰). Il en déduit une baisse du taux global de fécondité

générale de 79 %, alors que la fécondité des femmes mariées connaît en général, pour cette période, une baisse de seulement 5 %.

Mais l'auteur pense que l'on ne peut pas tirer de conclusions à partir de ce résultat, parce que les acceptrices (par leur forte motivation à limiter leur nombre de naissances) auraient peut-être utilisé d'autres moyens contraceptifs en l'absence de programme de planification familiale. Pour remédier à ce problème, il applique les taux de fécondité des femmes mariées aux acceptrices pour approcher les taux de fécondité qu'elles auraient connu si elles n'avaient pas utilisé le stérilet, sous l'hypothèse que la fécondité des acceptrices aurait baissé de la même manière que celle des femmes mariées.

Selon l'opinion de cet auteur, cette procédure est encore biaisée : on trouve dans cette étude un facteur de surestimation de l'effet du programme (le déclin des acceptrices devrait être plus fort que celui des femmes mariées puisqu'elles sont plus fortement motivées par l'idée de faire baisser leur fécondité) plus fort que le facteur de sous-estimation (il existe des femmes mariées qui ont accepté le stérilet fourni par le programme). Mais, vu que ce facteur de surestimation est tempéré par le fait que 72 % des acceptrices utilisaient un moyen de contraception pour la première fois, Chow pense qu'il ne subsiste qu'un léger biais.

On peut s'interroger à propos de ce dernier point. En effet, les 28 % d'acceptrices ayant déjà utilisé un moyen contraceptif auraient continué selon leur habitude, donc le programme n'aurait eu aucun impact sur elles. On peut raisonnablement ajouter qu'en deux ans, plus ou moins 15 % d'acceptrices du programme de planification familiale auraient utilisé un autre moyen de contraception pour la première fois que celui offert par le programme. On aurait donc entre 40 et 50 % des acceptrices qui auraient utilisé des moyens hors programme si le programme de planification familiale n'avait pas existé. C'est là un biais, source de surestimation, que l'on ne peut ignorer.

Schéma expérimental visant à prouver l'inefficacité des programmes de planification familiale

Après avoir critiqué l'apparent impact du programme de planification familiale à Taïwan, Davis (1967 : 734) compare les courbes de

fécondité du moment de ce pays à celles du Japon. Vu que les courbes sont à peu près équivalentes dans la forme, il prend le Japon comme groupe de contrôle et Taïwan comme groupe expérimental. Et parce que l'évolution de la fécondité est similaire à Taïwan et au Japon, malgré le fait qu'un programme de planification familiale ait été introduit à Taïwan et non au Japon, Davis conclut que le programme n'a pas eu d'impact à Taïwan.

D'après Hernandez, cette méthode est la meilleure, celle qui a le plus de poids parce qu'elle n'est soumise à aucun des quatre biais² qui entachent régulièrement ce type d'étude, et parce qu'elle inclut un groupe de contrôle qui n'est pas soumis au programme mais dont on connaît le niveau de fécondité pré-test et post-test. Hernandez fait douter de sa bonne foi quand il cite Davis dans son ouvrage : « *in sum, the widely acclaimed family planning program may, at most, have somewhat speeded the later phase of fertility decline which would have occurred anyway because of modernisation.* », et qu'il poursuit : « *because this conclusion is based on the strongest research design that has been used in assessing the technological hypothesis in a third world country, it carries considerable weight* » (Hernandez, 1984 : 40).

En effet, quand on apparie deux groupes de femmes sur quelques caractéristiques, on sait pertinemment bien que cet appariement ne sera jamais parfait parce que les deux groupes ne sont pas identiques. Que dire alors des différences historiques, sociales, culturelles, etc. entre le Japon et Taïwan ? À ce propos, l'hypothèse d'Hernandez nous semble être un peu forte : « *If both the experimental and the control group experience similar preprogram fertility change, it may be assumed that similar historical events are producing similar fertility change in both groups* » (Hernandez, 1984 : 40). Il est d'ailleurs étonnant de trouver dans le même ouvrage des arguments qui montrent qu'une comparaison entre deux pays est soumise à un biais d'auto-sélection : « *the political receptivity of a population... the extent to which a country has a well developed transportation and a communication infrastructure, a broad array of non-program factors have a major impact on the ability of a nation to create and maintain family planning distribution centers and communications strategies. In this*

² Self-selection, maturation, history, regression bias. Voir Hernandez D.J., 1984 : 16-47.

fashion too, entire societies are self-selected for program strenght » (Hernandez, 1984 : 40).

Pour ces différentes raisons, si l'étude de Davis a d'énormes qualités pour les réflexions qu'elle inspire, elle ne semble pas suffisante pour prouver ou non l'efficacité du programme de planification familiale à Taïwan.

Analyse de régression visant à prouver l'efficacité des programmes de planification familiale

Hermalin (1970) propose une analyse de régression sous la forme d'une analyse de dépendance (*path analysis*). Ce type d'analyse prend pour base un schéma causal, ordonné temporellement, entre les variables qui ont un effet entre elles, et sur la somme des naissances réduites prise comme variable dépendante. Hermalin décompose l'aire géographique sur laquelle il travaille en 204 aires rurales d'une part et 78 aires urbaines d'autre part.

Grâce à l'équation qui résulte de ce type d'analyse, Hermalin calcule qu'en région urbaine les variables relatives à la planification familiale (*acceptance rate, health worker ratio*) ont une influence directe sur la somme des naissances réduites de 1965 ; et que les variables socio-économiques ont principalement un effet indirect sur cette variable.

En région rurale par contre, l'effet direct entre le taux d'acceptation des moyens contraceptifs du programme et la somme des naissances réduites est moins fort que l'effet indirect. Il attribue ce phénomène aux forts effets indirects entre le taux d'acceptation et les taux de fécondité 1961-1963.

Cette étude semble pertinente : aucun biais sérieux n'apparaît qui pourrait en entacher la validité. La seule remarque que l'on peut formuler concerne la valeur des coefficients de dépendance résiduels des variables relatives au programme de planification familiale (entre 0,7 et 0,95). Cela signifie que les variables incluses dans le diagramme ont un pouvoir explicatif fort limité sur les variables relatives au programme de planification familiale, et donc, que les effets directs et indirects de l'*acceptance rate* sur lesquels Hermalin base son article sont finalement fort relatifs.

Analyse de régression visant à prouver l'inefficacité des programmes de planification familiale

Li et Casetti (1979) concluent dans leur étude que rien ne permet de proclamer l'efficacité de la planification familiale à Taïchung. Pour parvenir à cette conclusion, ils comparent l'*hinterland* de Taïchung, ville taïwanaise dans laquelle s'est produite (d'après certains auteurs) une baisse de fécondité due au programme, et le reste du pays.

D'après les résultats de la régression effectuée, ils concluent que « *the b_1 coefficients remain not significant and of the wrong direction, which indicates a decline in fertility lower in Taïchung's hinterland than in the rest of Taiwan. It can be concluded that this investigation has not disclosed any evidence that the family planning programme has made any difference* » (Li, Casetti, 1979 : 402). En effet, b_1 , qui représente le coefficient du terme d'interaction tD , ne passe jamais au-dessus de 1,96 (valeur de signification minimum du test-t). Cela signifie que l'hypothèse d'un déclin de fécondité dans l'*hinterland* de Taïchung plus fort que dans le reste du pays n'atteint pas le niveau de signification nécessaire, et donc, que les déclin de fécondité dans l'*hinterland* de Taïchung et dans le reste du pays ne sont pas significativement différents.

Malgré des coefficients de détermination assez faibles, cette étude reste pertinente quant à son contenu. Même si sa conclusion : « *the claim that family planning programs have at least accelerated the decline of fertility is totally unsupported by our results* » est un peu radicale, aucun biais sérieux n'entache cette étude.

Conclusion

La conclusion de cette revue peut s'envisager sous deux angles distincts : on peut se demander, d'une part si les méthodes de mesure peuvent permettre d'estimer assez précisément l'effet du programme de planification familiale ; d'autre part si, d'après les résultats émanant des différentes études, il y a effectivement un déclin de fécondité à Taïwan qui est attribuable au programme de planification familiale.

Afin de répondre à la première interrogation, reprenons brièvement les méthodes utilisées et voyons quel est leur degré de précision pour l'estimation de l'effet des programmes de planification familiale :

- la méthode de décomposition est une mesure de la baisse de fécondité légitime totale. Si on ne dispose pas de données précises sur l'utilisation des moyens fournis par le programme et les moyens hors-programme, on peut obtenir une estimation correcte de l'impact du programme de planification familiale comme l'on fait Khoo et Park ;
- la méthode de projection est beaucoup trop imprécise pour estimer les effets du programme, quoique la méthode améliorée d'Hernandez donne des résultats satisfaisants ;
- l'analyse de régression paraît fort utile pour évaluer l'impact du programme sur la baisse de fécondité, mais aucune de ces études ne donne une mesure exacte de cet impact. À noter toutefois l'intéressante étude de Li et Casetti montrant que le programme de planification familiale n'a aucun impact à Taïchung, ville pourtant citée en exemple pour l'effet du programme de planification familiale sur la fécondité ;
- enfin, les schémas expérimentaux pourraient s'avérer fort utiles pour la problématique étudiée, si des améliorations dans la constitution des groupes de contrôle étaient apportées.

En ce qui concerne l'impact du programme de planification familiale sur la fécondité à Taïwan, et en se basant sur deux études qui nous semblent correctes méthodologiquement et qui quantifient la baisse de fécondité due au programme de planification familiale (celles d'Hernandez et de Khoo-Park), on peut estimer le programme de planification familiale responsable de 11 à 28 % de la baisse de fécondité sur les dix années suivant son introduction.

Il est surprenant de voir qu'à l'issue de cette analyse de l'évaluation des programmes à Taïwan, pays cité comme étant une réussite en matière de planification familiale, nous n'arrivons qu'à un impact compris entre 11 % et 28 %. On ne peut donc pas parler de contribution majeure du programme de planification familiale dans le déclin de fécondité de ce pays, mais on lui reconnaîtra plutôt un rôle d'accélérateur.

Sur la base de l'expérience de Taïwan, on peut se demander pourquoi on continue à vouloir faire baisser la fécondité des pays en voie de développement par l'unique recours aux programmes de planification familiale. La réponse à cette question pourrait être l'objet d'un travail à part entière, tant les opinions et les idéologies varient. Si tel n'est pas notre objet ici, une réflexion de V.H. Whitney, qui semble parfaitement résumer la situation, mérite quelque attention. D'après cet auteur, planifier les naissances a pour but d'offrir « une meilleure vie » à la population. Ce concept, pour essentiel qu'il soit, n'en est pas moins vague et subjectif. Des diverses interprétations retenues par Whitney, deux nous paraissent être fondamentales. « *Does the « better life » imply controlled population growth? Does the widespread goal of development require family limitation and, if so, are persuasion or even coercion necessary to attain targets set by planners? Are decisions on the number of children born not a « basic human right » of parents? [...] If sharp reductions in fertility are necessary to attain modernization, is it justifiable to postpone freedom of choice for one or two generations of parents to ensure a higher standard of living for future generations* » (Whitney, 1970 : 349). On se trouve ici face à deux options radicalement opposées : pour atteindre cette « meilleure vie », faut-il faire confiance à l'État et lui accorder le pouvoir d'interférer dans le comportement reproducteur ? Ou bien, la façon la plus adéquate d'y arriver n'est-elle pas de respecter les droits fondamentaux des hommes et de les laisser agir en conséquence ?

Si ce débat philosophique est trop étendu pour prendre place dans le cadre de cette conclusion, il nous permet de mettre en évidence un aspect particulièrement dérangeant d'une de ces orientations. Généralement, le pouvoir national des pays en voie de développement concernés ne sert que de relais à des pressions extérieures, la résolution du problème de surpopulation par la planification familiale n'étant pas une invention des pays en voie de développement mais plutôt celle des pays industrialisés. Tout en partageant l'opinion de M. Loriaux qui y voit « une stratégie latente des pays nantis de sauvegarder leurs avantages en réduisant la menace que représente pour eux des populations de plus en plus nombreuses au Sud » (Loriaux, 1991), on peut aussi se demander si « *the western model of development (is) the most promising one for currently less developed countries?* » (Whitney, 1970 : 349). Autrement dit, la baisse de

fécondité vue comme un stimulant du développement est une vision émanant, au départ, des pays du Nord. Mais pourquoi les populations du Tiers-Monde ne préféreraient-elles pas décider de la taille de leur descendance plutôt de d'être « développées » ?

En regard de ce débat, la mesure de l'efficacité du programme prend toute son importance. Il importe de savoir si la fécondité a baissé sous l'action du programme de planification familiale ou par d'autres moyens (contraception privée, méthodes traditionnelles, retard de l'âge au mariage, etc.).

La différence fondamentale qui existe entre les deux causes de baisse de la fécondité est que l'une se fait naturellement, par l'intermédiaire de l'évolution sociale, et que l'autre s'opère sous l'effet de la persuasion ou de la coercition. Ainsi, lorsque Freedman (1990 : 35-36) écrit que la Chine est un bel exemple de réussite de planification familiale dans un pays qui n'était pas très avancé au point de vue du développement, on ne peut que s'interroger sur les fondements éthiques d'un tel programme. Avec un tel raisonnement et un pouvoir de coercition tel que celui qui a été mis en place en Chine, la fécondité des pays en voie de développement baisserait très certainement de manière spectaculaire. Mais dès lors, qu'est-ce qu'une « meilleure vie » pour une population ? Le droit à un hypothétique développement au prix de douloureuses frustrations ou le respect de leur droit à avoir autant d'enfants qu'ils le désirent ?

Bibliographie

- BAILLEUX R., 1993 —
À propos de l'efficacité des programmes de planification familiale dans les pays en voie de développement. Thèse de maîtrise, Institut de démographie, Louvain-la-Neuve, 98 p., non publiée.
- BONGAARTS J., 1994 —
Population policy options in the developing world. New York. The Population Council-Research Division, Working Papers, n° 59, 26 p.
- CHOW L.P., 1968 —
 « A study of the demographic impact of an IUD program ». In : *Population Studies*, 22 : 347-359.
- FREEDMAN R., 1990 —
 « Family planning programs in the Third World ». *Annals of American Academy of Political and Social Science*, 510 : 33-43.
- HERMALIN A.I., 1970 —
 « An area analysis of the effects of acceptances on fertility ». In CERNADA G.P., ed. : *Taiwan Family Planning Reader : How a Programme Works*, Taïchung, Chinese Center for International Training in Family Planning : 339-351.
- HERNANDEZ D.J., 1984 —
Success or Failure. Family Planning in the Third World. Westport, Greenwood Press, Ct, 155 p.
- KHOO S.E., PARK C.B., 1978 —
 « The effects of family planning programs on fertility in four asian countries ». In : *International Family Planning Perspectives*, Fall 1978, 4 (3) : 67-73.
- LI W.L., CASETTI P., 1979 —
 « The family planning program in Taiwan : did it make any difference ? ». *Geographical Analysis*, oct. 1979, 11 (4) : 395-403.
- LORIAUX M., 1991 —
 « Et si on faisait la fête à la population ? ». *La Libre Belgique*, 11 juillet 1991.
- Nations unies, 1980 —
Manuel IX. Méthodologie des mesures de l'effet exercé sur la fécondité par les programmes de planification de la famille. New York, Département des Affaires économiques et sociales internationales, 171 p.
- SUN T.H., 1975 —
 « The impact of Taiwan's family planning programs ». In CHANDRASEKARAN C. and HERMALIN A.I. (eds.) : *Measuring the effects of family planning programmes on fertility*, Dolhain, Belgium, Ordina Ed. for IUSSP : 427-504.
- WHITNEY V.H., 1976 —
 « Population planning in Asia in the 1970's ». In : *Population Studies*, 30 (2) : 337-351.

Impact et perspectives de la planification familiale dans le département d'Aboisso (sud-est de la Côte d'Ivoire)

Koffi N'Guessan

La Côte d'Ivoire fait partie des pays de la région africaine au Sud du Sahara dont les déclarations officielles à l'égard de la fécondité ont évolué de manière significative depuis 1990. En effet, la période actuelle est marquée par l'émergence de discours favorables à une réduction du niveau de la fécondité et à la mise en œuvre de programmes en ce sens.

La situation de crise économique généralisée a mis en relief les limites de la croissance économique naguère enregistrée par le pays et a, en partie, favorisé ces changements dans l'appréciation de la croissance démographique, l'une des plus élevées du continent africain. Les données démographiques fixent le taux d'accroissement de la population à 3,8 % par an (Direction de la statistique, 1988 ; Institut national de la statistique, 1994).

Le Gouvernement ivoirien mise sur la planification familiale comme moyen de réduction de la croissance démographique. Cette orientation s'inscrit parmi les recommandations des Conférences sur la population organisées à l'échelle mondiale depuis 1974. Plus récemment, la Conférence internationale sur la population et de développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, a mis spécifiquement l'accent sur la nécessité d'élaborer des stratégies en matière de population tenant compte de l'interdépendance des taux de fécondité et de mortalité,

en particulier en s'employant à faire diminuer la mortalité infantile, juvénile et maternelle (Nations unies, 1995).

La planification familiale, telle qu'elle est définie par les recommandations de cette Conférence, repose sur diverses actions : informer la population de l'existence de méthodes contraceptives, favoriser l'accès à ces méthodes ainsi qu'aux services de santé, afin de réduire les grossesses non désirées et les grossesses à risque.

En Côte d'Ivoire, les initiatives en la matière ont été souvent le fait d'organisations non gouvernementales (en particulier, l'Association ivoirienne pour le bien-être familial, Aibef) et des institutions internationales (notamment le Fonds des Nations unies pour la population, Fnuap). Cependant, le gouvernement a créé en 1992 un bureau national indépendant, devenu ensuite une direction centrale, pour la coordination des activités et projets menés dans le domaine de la planification familiale. L'Aibef ayant orienté essentiellement son action en milieu urbain, le gouvernement ivoirien, via son bureau national de coordination et grâce au soutien du Fnuap, a initié ses premiers programmes de planification familiale en zone rurale. C'est ainsi qu'un projet a été lancé en 1992 dans le Sud-Est de la Côte d'Ivoire. Centré sur le département d'Aboisso, ce projet a reposé sur l'équipement des centres de santé des localités pilotes, leur approvisionnement en contraceptifs et la formation de leur personnel médical.

L'Ensea a mené une enquête quantitative dans cette région à la mi-1993. Cette enquête avait pour objectifs d'analyser les conditions d'implantation du projet et d'établir des indicateurs relatifs à l'évolution de la fécondité au sein de la population concernée.

Au vu des résultats de cette recherche, la communication présentée ici voudrait s'interroger sur les changements d'attitude à l'égard de la fécondité en liaison avec un projet de planification familiale : de tels changements sont-ils perceptibles après un an de fonctionnement du projet ? Comment ce projet a-t-il été perçu par la population concernée et quelle adhésion a-t-il suscité ? Quels ont été les comportements des différents groupes sociaux face aux actions proposées ?

Contexte de l'étude

Si le projet pionnier de planification familiale en milieu rural ivoirien a été établi dans la région du Sud-Est, c'est notamment en référence à des facteurs d'ordre socio-culturel. Ceux-ci sont généralement considérés par les promoteurs de tels projets comme un obstacle à l'adoption de pratiques contraceptives car jouant en faveur d'un idéal de forte fécondité. Or la région d'Aboisso présente certaines particularités en ce domaine : le groupe akan, qui occupe l'ensemble du Sud-Est ivoirien, se caractérise, certes, par un niveau de fécondité relativement élevé avec 7,4 enfants par femme (Direction de la Statistique, 1984), soit une valeur proche de la moyenne nationale ; cependant, le fait que les populations agni-sanwi, autochtones akan de la région d'Aboisso, n'acceptent pas les enfants de rang 10, considérés traditionnellement comme attirant le mauvais sort sur la famille, peut jouer en faveur d'un désir de contrôle de la fécondité. D'ores et déjà, cette pratique avait conduit à l'ouverture d'un village SOS à Aboisso-ville pour l'accueil de ces enfants rejetés par leur milieu familial.

D'autres caractéristiques doivent être précisées ici pour comprendre le contexte socio-économique du département d'Aboisso, qui regroupait en 1988 une population évaluée à 225 882 habitants, répartie entre 5 sous-préfectures de taille relativement hétérogène : Aboisso (66 445), Adiaké (39 172), Ayamé (47 841), Maféré (41 506) et Tiapoum (30 918) (Direction de la Statistique, 1988).

Cette population vit à plus de 80 % dans des villages et campements de culture ; les centres urbains, qui abritent 16,3 % des habitants, sont de taille assez modeste (entre 4 649 et 8 857 habitants). Seule la ville d'Aboisso, chef-lieu de département, atteint une population de 20 800 habitants ; elle abrite toutes les antennes des ministères et constitue un centre relais entre la Côte d'Ivoire et le Ghana, ce qui explique l'animation de son centre commercial.

La ville, comme l'ensemble du département, a connu un dynamisme économique important, aujourd'hui ralenti, du fait de sa localisation sur les axes d'échanges précoloniaux avec les villes sahéliennes (Rougerie, 1958), puis en liaison avec l'expansion rapide des cultures de café et cacao ; celles-ci, introduites à la fin du XIX^e siècle, ont fait du Sud-Est la première zone pionnière de l'économie de plantation ivoirienne.

La conjugaison de ces activités agricoles et commerciales a eu un impact sur le peuplement du département. Outre les autochtones Agni-Sanwi, des peuples allogènes, Baoulé et Akyé principalement, ont émigré vers le département. Des populations originaires des pays de la sous-région ouest africaine sont également représentées : il s'agit essentiellement des Burkinabé et des Maliens, que l'on rencontre surtout en milieu rural, ainsi que des communautés de Ghanéens, Togolais et Béninois attirées par les possibilités de pêche offertes par la lagune et la mer.

Le peuplement actuel du département est donc le résultat d'un brassage de populations dont l'ampleur a été accélérée avec le développement de l'économie de plantation, dont les techniques culturales extensives ont nécessité un apport en main-d'œuvre étrangère.

Méthodologie de l'enquête et présentation de l'échantillon

L'enquête a été réalisée dans les cinq centres pilotes ouverts dans le département pour la mise en œuvre du programme de planification familiale. Deux d'entre eux sont des villes : Aboisso et Ayamé ; les trois autres sont localisés en zone rurale : Yaou, Kétesso et Bianouan, villages de la sous-préfecture de Ayamé. En outre, le village de Eboué (sous-préfecture de Maféré) a été intégré à l'enquête en tant que groupe témoin, dans la mesure où il ne figurait pas parmi les centres pilotes du projet.

L'enquête a été réalisée par sondage, avec une méthodologie de base différente selon le milieu d'habitat. Dans les deux centres urbains, des informations étant disponibles par îlot, une sélection des ménages à enquêter a donc été opérée après un recensement des chefs de ménage dans les îlots préalablement tirés. En milieu rural, il s'est agi d'un tirage à un seul degré, réalisé après un recensement des chefs de ménages dans chaque village.

Au total, 1 799 ménages ont été visités. Trois grandes caractéristiques ont été recherchées afin que les résultats soient pertinents : avoir dans l'échantillon des couples (à hauteur de 70 %), des hommes seuls (14 %) et des femmes seules (16 %) (tableau 1).

Localité	Nombre de ménages	Couples	Hommes seuls	Femmes seules
Aboisso	772	491	140	141
Ayamé	199	115	41	43
Bianouan	241	198	24	19
Kétesso	207	185	11	11
Yaou	256	179	20	57
Eboué (1)	124	89	13	22
Ensemble	1 799	1 257	249	293
%	100	70	14,4	16

Source : Ensea/Enquête Aboisso, août 1993.

(1) Ce village ne faisait pas partie des localités-pilotes intégrées au projet lors de l'enquête.

Tableau 1
Nombre de ménages enquêtés par localité.

L'échantillon comprend au total 9 604 personnes, 5 123 d'entre elles (soit 53,3 %) résidant dans les deux centres urbains et 4 481 (soit 46,7 %) dans les villages. Les Akan représentent 50,6 % de cette population et, parmi les non Ivoiriens, les Burkinabé sont majoritaires, notamment en milieu rural, reflétant assez bien la diversité du peuplement (tableaux 2 et 3). La structure par sexe et par âge révèle une légère prédominance du sexe féminin (avec un rapport de féminité égal à 106,6) et surtout une forte représentation des jeunes, 56,5 % ont moins de 20 ans.

De même, au sein de la population féminine en âge de procréer (1900 femmes), représentant 24 % de l'échantillon total et 46 % des personnes de sexe féminin enquêtées, les moins de 30 ans prédominent (59 %). Cette population, dont 57 % vit dans les deux centres urbains couverts par l'enquête, se caractérise également par un bas niveau d'instruction : 48,2 % de ces femmes en âge de procréer n'ont pas été scolarisées, 29,8 % ont le niveau primaire et seulement 20 % ont un niveau secondaire ou supérieur.

Enfin, elles sont à 51,5 % chrétiennes (catholiques ou protestantes), ce qui reflète une tendance générale au sein de l'échantillon.

Localité	Masculin	Féminin	Ensemble	%
Aboisso	2018	2036	4054	42,2
Ayamé	514	555	1069	11,1
Zone urbaine	2532	2591	5123	53,3
Bianouan	662	721	1383	14,4
Yaou	599	726	1325	13,8
Kétesso	576	572	1148	12,0
Eboué	279	346	625	6,5
Zone rurale	2116	2365	4481	46,7
Total	4648	4956	9604	100,0

Source : Ensea/Enquête Aboisso, août 1993.

Tableau 2
Répartition de la population résidente
selon le lieu de résidence et le sexe.

Ethnie ou nationalité	Urbain		Rural		Ensemble	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Agni	1766	34,5	2019	45,1	3785	39,4
Autre Akan	812	15,9	259	5,8	1071	11,2
Krou	277	5,4	84	1,9	361	3,8
Mandé	585	11,4	140	3,1	725	7,5
Voltaïque	251	4,9	198	4,4	449	4,7
Burkinabés	435	8,5	955	21,3	1390	14,5
Maliens	344	6,7	323	7,2	667	6,9
Ghanéens	257	5,0	244	5,4	501	5,2
Autres étrangers	394	7,7	252	5,8	646	6,7
Ensemble	5121	100,0	4474	100,0	* 9595	100,0

Source : Ensea/Enquête Aboisso, août 1993.

(*) Non Déclaré = 9.

Tableau 3
Population résidente selon le groupe ethnique
et le milieu de résidence.

■ Fécondité et planification familiale : la situation en 1993

Une fécondité élevée

En 1993, dans le département d'Aboisso au sein des six localités enquêtées, la fécondité moyenne d'élève à 6,6 enfants par femme en âge de procréer. Cette moyenne diffère selon le lieu de résidence, une femme du milieu rural ayant un enfant de plus qu'une femme vivant en zone urbaine (7,2 contre 6,2). L'état matrimonial a une influence relativement importante sur le niveau de fécondité dans la région, bien qu'en dessous de 25 ans on n'observe pas de différence notable; pour le groupe d'âge 35-39 ans, les femmes mariées ou séparées ont environ 3 enfants de plus que les femmes célibataires.

Lorsqu'on considère l'activité, il n'y a pas de différence notable entre agricultrices, non agricultrices et inactives; cependant, les agricultrices ont tendance à avoir leurs quatre premiers enfants plus jeunes, entre 15 et 30 ans (tableau 4).

Groupe d'âge	État matrimonial		Activité		
	Célibataires	Mariées ou séparées	Agricultrices	Non agricultrices	Inactives
15-19	1,12	1,37	1,45	1,37	1,13
20-24	1,37	1,98	2,04	1,77	1,80
25-29	2,08	3,14	3,57	2,76	3,00
30-34	2,85	4,34	4,84	3,97	4,17
35-39	2,87	5,63	6,04	5,24	5,30
40-44	–	6,51	6,58	6,49	6,42
45-49	–	7,25	7,39	7,39	7,27

Source : Ensea/Enquête Aboisso, août 1993.

■ Tableau 4
Nombre moyen d'enfants selon l'âge de la mère,
l'état matrimonial et l'activité.

La fécondité masculine a été calculée sur l'échantillon des chefs des ménages. Elle varie selon l'âge : ainsi, les moins de 40 ans ont une progéniture peu nombreuse, avec moins de 3,6 enfants, tandis que les plus de 40 ans ont un nombre d'enfants relativement élevé, la moyenne variant entre 6,8 pour les hommes de 40 à 49 ans à 11,7 enfants chez ceux de plus de 60 ans. Ce nombre élevé est en partie lié à la pratique de la polygamie.

L'utilisation de la planification familiale

L'un des apports de cette enquête est d'évaluer, un peu plus d'un an après que le projet de planification familiale ait été mis en place, l'utilisation de la contraception parmi les femmes en âge fécond. Ce programme a en effet permis un meilleur accès aux méthodes de contraception modernes par le biais des centres de santé des localités pilotes.

En 1993, 6,8 % des femmes en âge fécond utilisent une méthode de contraception. La prévalence des méthodes contraceptives est relativement homogène dans les différentes localités. On ne manquera pas de relever cependant que le taux d'utilisation à Eboué, zone retenue comme témoin, est nettement inférieur (3,1 %) à ceux des localités pilotes incluses dans le projet. En d'autres termes, on peut penser que si les résultats de ce projet paraissent, en 1993, fort modestes, ils ne sont pas inexistantes.

Par ailleurs, on notera que les taux de prévalence dans les deux centres urbains (6 et 7,7 %) sont en fait légèrement inférieurs à ceux des villages des Bianouan et Yaou (8,1 et 9 %) (tableau 5).

Mais si, globalement, cette différence entre les milieux urbain et rural au sein des localités pilotes semble peu significative, les méthodes contraceptives privilégiées par les femmes paraissent varier sensiblement selon leur lieu de résidence. En ville, notamment à Aboisso, on relève une certaine diversité des méthodes utilisées, même si la pilule et le condom sont dominants. Par contre, en milieu rural, les méthodes auxquelles ont presque exclusivement recours les femmes sont la pilule et l'injection ; le condom, le DIU et les spermicides n'y sont que peu ou pas du tout utilisés.

Localité	DIU	Pilule	Injection	Spermi- cide	Condom	Pilule + Condom	Total	Femmes en âge de procréer	Taux de préva- lence (%)
Aboisso	0	37	3	0	13	0	53	881	6,0
Bianouan	1	7	11	0	2	1	22	271	8,1
Yaou	2	12	7	1	1	1	21	267	9,0
Ayamé	0	11	5	0	0	0	16	08	7,7
Kétesso	0	5	6	0	0	0	11	146	7,5
Eboué	1	2	1	0	0	0	4	127	3,1
Total	4	74	33	1	16	2	130	1900	6,8

Source : Ensea/Enquête Aboisso, août 1993.

Tableau 5
Répartition des femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes selon les localités.

Le choix de la méthode de contraception est en partie lié au contenu des campagnes de sensibilisation menées localement par le personnel médical, mais aussi à l'appréciation que les femmes ont des avantages et inconvénients des différentes méthodes. Ainsi, la pilule et, surtout, l'injection par son caractère discret, peuvent correspondre aux besoins des femmes dont les partenaires ne sont guère favorables à la planification familiale et, plus largement, à ceux des femmes ayant une faible capacité de négociation dans leurs rapports sexuels pour l'utilisation des condoms ou de spermicides. Cela étant, il faut également tenir compte du fait que les infirmières et sages-femmes, nouvellement formées dans le cadre du programme de planification familiale¹, conseillent moins facilement une méthode telle que le DIU, dont le placement requiert une certaine expérience technique, redoutant les risques qui pourraient découler d'une mauvaise manipulation.

La situation est différente à Aboisso-ville où la présence d'un médecin gynécologue suscite des choix plus diversifiés. De plus, le niveau d'instruction relativement élevé des femmes dans cette ville, dont

¹ Ce personnel a suivi des stages à l'île Maurice et en Tunisie.

certaines sont insérées dans des structures d'activité publique, contribue à cette ouverture. L'utilisation de la contraception était, en outre, pour quelques unes, antérieure à l'installation du programme.

L'utilisation et le choix des méthodes contraceptives sont également fonction du statut matrimonial qui influe notamment sur les aspirations de fécondité. Les femmes célibataires et celles qui sont séparées ou divorcées sont ainsi proportionnellement plus nombreuses à avoir recours à la contraception que les femmes mariées.

Qui plus est, on retrouve à ce niveau les observations faites ci-dessus quant au choix de la méthode selon la capacité de gestion de la sexualité par les femmes, celle-ci étant en partie liée à leur situation matrimoniale ; si les femmes mariées et célibataires ont recours essentiellement à la pilule (61,2 % et 57,7 % parmi celles utilisant une méthode contraceptive), le premier groupe privilégie également l'injection (37,4 %) alors que les célibataires utilisent plus facilement les condoms (30 %) (tableau 6).

Il ressort de cette première analyse de l'enquête conduite à la mi-1993 qu'à l'issue d'un peu plus d'un an d'activité, les résultats du programme de planification familiale mis en place dans le Sud-Est ivoirien en 1992 semblent modestes. Mais il convient aussi de se pencher sur les opinions exprimées en matière de planification familiale qui permettent de dégager certains éléments de motivation pouvant affecter les perspectives ultérieures de maîtrise de la fécondité.

Localité	DIU	Pilule	Injection	Spermicide	Condom	Pilule + Condom	Total	Taux de prévalence (%)
Célibataire	1	23	2	1	12	1	40	5,2
Mariée	1	41	25	0	0	0	67	4,1
Divorcée et veuve	1	5	5	0	0	0	11	5,9
Union libre	1	5	1	0	4	1	12	7,9
Total	4	74	33	1	12	2	130	4,8

Source : Ensea/Enquête Aboisso, août 1993.

Tableau 6
Répartition des femmes utilisatrices de contraceptifs modernes selon l'état matrimonial

Les perspectives de planification familiale dans le Sud-Est

La couverture de toute la région Sud-Est par l'équipement progressif des centres de santé de tout le département d'Aboisso constitue l'un des objectifs du programme. Il est donc important de tenter de cerner les facteurs sur lesquels peut s'appuyer un tel programme.

En ce qui concerne les femmes, plus du tiers d'entre elles (37,8 %) déclarent avoir l'intention d'utiliser une méthode contraceptive. Rappelons à ce sujet que seules 6,8 % des femmes en âge de procréer y ont effectivement recours, mais précisons aussi que le nombre d'indécises quant à l'intention d'utilisation est loin d'être négligeable (11,8 %). Ces différents éléments doivent être rapportés au fait que l'enquête est intervenue seulement un peu plus d'un an après le lancement du programme et paraissent, dans ce cadre, encourageants.

Les variables les plus discriminantes au sujet de l'intention d'adopter une contraception parmi les femmes sont l'âge et le niveau d'instruction (tableaux 7 et 8). En effet, ce sont les femmes jeunes, les moins de 35 ans, qui déclarent le plus massivement cette intention. Parallèlement, ce sont les femmes qui ont au moins le niveau scolaire

Groupe d'âge	Aucune intention	A l'intention	Ne sait pas	Total
15-19	40,1	43,1	16,9	267
20-24	47,4	41,2	11,3	291
25-29	49,8	40,3	10,0	231
30-34	51,8	41,4	6,8	220
35-39	50,0	35,9	14,1	156
40-44	62,1	25,0	12,9	124
45-49	77,2	13,9	8,9	79
Total	50,4	37,8	11,8	1368

Source : Ensea/Enquête Aboisso, août 1993.

Tableau 7

Répartition des femmes ayant (ou non) l'intention d'utiliser une méthode contraceptive par groupe d'âge (%).

Niveau d'instruction	N'a aucune intention	A l'intention	Ne sait pas	Total
Non scolarisé	54,9	34,3	10,8	808
Primaire	42,9	44,8	12,3	375
Premier cycle	44,7	39,3	16,0	150
Second cycle	51,4	37,2	11,4	32
Total	50,4	37,8	11,8	1368

Source : Ensea/Enquête Aboisso, août 1993.

Tableau 8
Répartition des femmes selon le niveau d'instruction et l'intention d'utiliser une méthode contraceptive (%).

du primaire qui se montrent les plus favorables à la planification familiale. Il semble donc que la scolarisation rend les jeunes femmes plus réceptives aux campagnes de sensibilisation menées dans le cadre du projet ; se pose alors le problème du contexte dans lequel se développe le programme : on a vu en effet que près de 50 % de la population féminine de l'échantillon n'avait pas été scolarisée.

Le nombre actuel d'enfants semble également influencer sur l'opinion des femmes au sujet de la planification familiale. Les données de l'enquête montrent que la relation entre une progéniture relativement nombreuse et l'intention d'utiliser une contraception est significative. Parmi les femmes qui ont exprimé cette intention, 32,3 % ont plus de cinq enfants. Cela laisse à penser qu'une fois atteinte la dimension souhaitée de la famille, les femmes aspireraient à accéder à des moyens leur permettant de cesser de procréer. C'est alors l'idéal de fécondité des femmes qui est en cause : les promoteurs du programme et les personnels de santé auront donc à s'intéresser aux facteurs qui affectent cet idéal en vue d'orienter leurs campagnes de sensibilisation sur ce point.

L'opinion des hommes qui, dans leur majorité (63 %), se disent favorables à l'établissement de centres de planification familiale (tableau 9), permet d'ailleurs de mettre en évidence certaines tendances affectant aujourd'hui la taille désirée des familles. En effet, les principaux motifs invoqués par les hommes en faveur du programme de plani-

Attitude des hommes	%
Favorable	63,0
Pas favorable	25,4
Indifférent	11,6
Effectif	1255

Source : ENSEA/Enquête Aboisso, août 1993.

Tableau 9
Répartition des hommes selon leur opinion
sur les centres de planification familiale

fication sont axés sur les difficultés économiques actuelles des ménages ; en particulier, la « cherté de la vie » a été évoquée par 83,7 % d'entre eux, mettant alors l'accent sur les difficultés matérielles et financières qu'éprouvent les ménages pour subvenir aux besoins de leurs enfants et, éventuellement, à ceux d'autres membres de la famille.

La période de crise économique qui perdure depuis quelques années contribue ainsi à faire évoluer l'appréciation portée sur la procréation et l'investissement consenti pour l'éducation et la formation des enfants. De fait, le rétrécissement du marché du travail, conséquence de la fermeture de nombreuses entreprises et services, a réduit les chances d'accès à l'emploi ou de maintien de celui-ci. Il résulte de cette situation que les enfants éprouvent de plus en plus de difficultés à aider leurs parents, remettant par là en cause certains schémas de pensée qui avaient jusqu'ici joué en faveur d'une progéniture nombreuse. De même, en milieu rural, les incertitudes concernant les ressources tirées de l'exploitation agricole ont accentué la paupérisation des familles, laissant peu de possibilités d'investissement dans l'éducation des enfants ; l'intérêt d'avoir des enfants pour constituer une main-d'œuvre familiale n'est plus évoquée que par une minorité d'hommes.

Cependant, certaines conceptions pro-natalistes demeurent vivaces ; ainsi, parmi les hommes qui désirent avoir d'autres enfants (69,6 % du total), une proportion non négligeable (12,5 %) évoque comme

motivation la respectabilité que leur procurerait l'agrandissement de la famille à la tête de laquelle ils se trouvent. Il convient également de rappeler que la pratique de la polygamie, ainsi d'ailleurs que les naissances hors mariage, contribuent à élever la fécondité masculine au-dessus du niveau de celle des femmes.

Pour autant, les perspectives de vulgarisation des méthodes contraceptives pourraient probablement être améliorées en initiant de nouveaux réseaux de communication dans le cadre des campagnes de sensibilisation ; en effet, 20 % des hommes opposés à l'adoption de la contraception ont considéré n'avoir pas été suffisamment informés et c'est plus des deux tiers (68,7 %) de l'ensemble des hommes enquêtés qui ont déclaré n'avoir reçu aucune information sur le programme de planification familiale lancé un peu plus d'un an auparavant. Dans ce cadre, on peut s'interroger sur le bien-fondé d'une communication exclusivement tournée vers les femmes ; celles-ci sont, certes, les premières utilisatrices des méthodes contraceptives modernes (condom excepté) mais ne sont pas les seules concernées par la maîtrise de la fécondité, alors même que, comme on l'a vu, les hommes de l'échantillon se sont déclarés majoritairement favorables à l'implantation de centres de planification familiale.

Conclusion

Le programme de planification familiale, initié depuis 1992 dans le département d'Aboisso par le Gouvernement avec l'appui technique, matériel et financier du Fnuap, est la première expérience ivoirienne à être tentée en milieu rural. Après un peu plus d'un an d'activité, ses résultats paraissent modestes.

En d'autres termes, la mise à disposition de contraceptifs modernes dans les centres de santé et la formation de leur personnel dans ce domaine ne suffisent pas, en eux-mêmes, à susciter une pratique massive de maîtrise de la fécondité, celle-ci demeurant élevée. Cela étant, le contre-exemple du village de Eboué, non intégré au projet au moment de l'enquête, montre que le programme de sensibilisation n'a pas été sans effet.

Reste que l'adoption effective de méthodes contraceptives est liée aux aspirations des populations et des groupes sociaux qui les composent ainsi qu'aux contraintes auxquelles ils ont à faire face en matière de gestion de la fécondité et de la sexualité. Ces contraintes et aspirations n'en sont pas moins susceptibles d'évoluer, à la croisée de la réorientation récente des déclarations officielles, désormais favorables à la planification familiale, de ses concrétisations dans les programmes de sensibilisation conduits localement par le biais de la formation des personnels de santé, et enfin des expériences acquises par les populations elles-mêmes au cours du développement du programme.

L'analyse des motivations de l'adoption (ou non) de méthodes contraceptives montre que la conduite du programme de planification familiale dans le Sud-Est ivoirien ne peut être disjointe des contextes dans lequel il prend place. Il s'agit non seulement de contextes culturels, tels que ceux ayant justifié la localisation de ce projet, mais aussi de contextes sociaux et économiques. La mise en œuvre d'un programme de ce type doit être en mesure de prendre appui sur les dynamiques repérées, qu'il s'agisse de l'aspiration des jeunes femmes à maîtriser leur fécondité ou qu'il s'agisse d'une conjoncture économique favorisant l'émergence de nouveaux idéaux quant à la taille des familles. Pour sa réussite et son extension, un tel programme doit aussi être en mesure de stimuler ces dynamiques par une sensibilisation appropriée. En l'occurrence, il s'agirait de tenir compte du faible taux de scolarisation des femmes alors même que le niveau d'instruction semble directement influencer sur la réceptivité aux messages jusqu'ici délivrés en matière de planification familiale. Il conviendrait également de prendre en considération l'opinion des hommes, d'autant plus importante que le statut matrimonial des femmes a de fortes incidences sur l'adoption effective de pratiques contraceptives ; en d'autres termes, le ciblage des messages ne peut être fait au détriment de leur objet qui touche précisément aux rapports les plus intimes entre hommes et femmes.

Mais la situation de crise économique, qui semble être favorable à l'acceptation de la planification familiale, ne va-t-elle pas constituer à terme un élément de blocage ? En particulier, la baisse du niveau de la scolarisation, conséquence de cette crise, avec tous les aspects sociaux qu'elle peut entraîner, sont des facteurs qui pourraient compromettre les actions actuellement mises en œuvre.

Bibliographie

CEA, 1988 —

Les déterminants de la fécondité dans quelques pays africains. ECA/Pop/TP/88.

Direction de la statistique, 1984 —
Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-1981. Rapport principal volume 1. Analyse des principaux résultats. Abidjan, 140 p.

Direction de la statistique, 1988 —
Recensement général de la population et de l'habitat. Résultats provisoires volume 0. Abidjan, 901 p. + annexes.

Institut national de la statistique, 1995 —
Enquête démographique et de santé. Macro International, Calverton, Maryland (USA), 294 p.

KOFFI N., KOUYE M.P., SIKA G.L., 1994 —
La planification familiale dans le département d'Aboisso, Sud-Est de la Côte d'Ivoire (rapport d'enquête), Ensea, Abidjan, 137 p. + annexes.

KOFFI N., VIMARD P., GUILLAUME A., 1993 —
« Demande de planification familiale et pratique contraceptive dans l'Ouest ivoirien ». in Conférence sur

« la reproduction et la santé familiale en Afrique » (Abidjan, Côte d'Ivoire, UEPA, 8-13 novembre 1993) : 43-69.

LOCOH T., 1991 —
« Famille dans la crise et politiques de population en Afrique Subsaharienne ». *Politique africaine*, n° 44 : 78-90.

LOCOH T., 1994 —
« Quelles politiques en matière de fécondité pour l'Afrique Subsaharienne? Leçons de vingt années de programmes de planning familial », in *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Éditions Orstom, Paris : 267-290.

Nations unies, 1995 —
Résumé du programme d'action de la conférence internationale sur la population et le Développement (CIPD 1994), New York, 31 p.

ROUGERIE G., 1958 —
Les pays Agni du Sud-Est de la Côte d'Ivoire forestière. Institut français d'Afrique noire, 207 p.

SALA-DIAKANDA D.M., 1991 —
« De l'émergence de politiques de population en Afrique », *Politique africaine*, n° 44 : 37-49.

Postface

Au terme de cet ouvrage, nous voudrions présenter quelques réflexions sur les V^e Journées démographiques de l'IRD dont il rend compte, en partant des deux objectifs qui avaient été assignés à cette réunion.

Il s'agissait tout d'abord de faire le point sur les analyses en cours au début des années 1990, en permettant une confrontation des résultats alors les plus récents, qu'ils résultent d'approches fines de terrain ou d'études comparatives au large spectre, et d'approfondir les éléments d'un paradoxe dont la mise en évidence avait déjà été réalisée par de précédentes assemblées scientifiques, notamment lors du Congrès général de la Population de Montréal en septembre 1994. Cette clarification, à laquelle les débats de ces Journées ont largement contribué, est apparu comme une avancée vis-à-vis des débats récurrents sur le modèle descriptif de la transition démographique. Ce paradoxe réside dans la démonstration que l'existence d'une diversité des évolutions de la fécondité, c'est-à-dire d'une pluralité des schémas de transition ou d'absence de transition, n'a jamais pu être mieux faite qu'à partir du questionnement sur la validité de cette thèse unifiante qu'est la théorie de la transition démographique.

Cette pluralité s'est exprimée tout particulièrement lorsque les analystes ont distingué, dans les différents contextes qu'ils ont étudiés et parmi l'ensemble des variables influençant la reproduction démographique, le facteur primordial dans le déclenchement de la baisse de la fécondité. Selon les milieux, le développement socio-économique, la transformation du rôle de la femme dans la société, la politique de réduction de la croissance démographique, la crise et la pauvreté furent successivement cités. Mais cette diversité est également apparue évidente lorsqu'il s'est agi de cerner l'élément fondateur d'un modèle de non-transition. Dans ce cas, une politique populationniste, le développement, l'absence de développement social, le manque ou la faiblesse des programmes de planification familiale et la pauvreté ont été définis comme point central de l'absence de baisse de la fécondité.

On peut vérifier, à travers ces énumérations respectives, qu'un même facteur a pu être considéré comme le facteur incitatif d'une transition ou l'élément de blocage, ou de retard, de cette même transition : il en est ainsi du développement ou de la

pauvreté. En outre, deux facteurs opposés, tels le développement socio-économique et la crise, ont été cités, selon les contextes, comme facteur essentiel de baisse.

La mise en perspective de ces analyses de l'évolution de la fécondité dans les pays en développement, réalisée lors des débats comme dans d'autres réunions scientifiques, a contribué à une remise en cause des postulats jusque là dominants dans la théorie de la transition : la nécessité du développement économique et social pour la baisse de la fécondité a semblé battue en brèche par quelques expériences de diminution de la fécondité dans des pays pauvres ou en crise économique (Colombie, Brésil, Jamaïque, Guyana...) comme par celle dans les groupes les plus démunis des pays d'Amérique latine; l'expérience européenne de contrôle de la nuptialité, par le retard de l'âge au premier mariage, comme élément de contrôle de la fécondité ne s'est pas trouvée vérifiée par l'expérience latino-américaine; l'importance de la baisse de la mortalité comme élément initiateur de la diminution de la fécondité a pu également être questionnée par l'expérience kényane; l'importance d'une politique démographique nationale dans la baisse de la fécondité s'est trouvée contredite par la transition brésilienne.

À partir de ces remises en causes successives, les expériences multiples de transition de la fécondité dans les pays en développement ont pu nous montrer trois choses. Tout d'abord, il n'existe pas de schéma universel de transition de la fécondité dans le Tiers-Monde; ensuite, on ne semble pas discerner de facteur obligé de transition; enfin, comme pour les expériences européennes, la transition de la fécondité peut s'opérer dans des contextes socio-économiques très distincts.

Cette multiplicité des déterminants et des schémas de la transition établie, ces Journées ont ouvert quelques pistes de recherche, et c'était là le deuxième objectif de la réunion. En effet, si les analyses portant sur un contexte particulier, que celui-ci concerne quelques villages de la région de Niakhar au Sénégal ou un ensemble sous-continentale aussi vaste que l'Amérique latine, ont su apporter un éclairage précis, une certaine confusion est demeuré dans l'articulation des résultats de ces diverses études. Cette incertitude a reposé sur le fait qu'il s'est agit là de la mise en relation de sociétés situées à un moment particulier et le plus souvent différent de leur processus de transition. En ce sens, la vue historique sur ce

processus est plus ou moins profonde et toujours incomplète, même pour les populations les plus avancées sur la voie de leur transition démographique. Celle proposée dans cet ouvrage est d'autant plus précieuse que depuis la tenue de ces Journées, des travaux plus récents permettent de mieux mettre en évidence les similitudes et les dissemblances entre les différentes expériences de transition de la fécondité et notamment l'articulation des rôles respectifs des politiques de développement humain et des politiques démographiques, comme on peut le constater dans les différentes analyses publiées dans un ouvrage consacré à la transition de la fécondité en Afrique (Vimard et Zanou, 1999), ainsi que dans les travaux diffusés lors des Journées scientifiques de l'AUF « Les transitions démographiques des pays du sud » (Rabat, Maroc, 9-12 décembre 1998).

Malgré ces avancées, l'une des difficultés essentielles de l'analyse réside en la détermination, pour chaque société, du moment auquel elle se situe vis-à-vis des diverses temporalités qui déterminent l'orientation et le rythme des changements démographiques. Ces temporalités concernent différents processus dont nous pouvons citer les principaux, sans être exhaustif vis-à-vis de ceux évoqués lors des différentes séances des Journées : croissance économique, progrès culturel, développement sanitaire, évolution des politiques de population (du populationnisme à la réduction de la croissance démographique), émergence d'une autonomie des couples et des individus, transformation du rôle de la femme dans la société.

Les débats ont su rappeler que les évolutions de ces processus se réalisaient selon des rythmes distincts. Mais il demeure à mieux situer la position des communautés, des groupes socio-économiques et des individus par rapport à l'articulation de ces temporalités asynchrones, dans la mesure où chacun de ces acteurs sociaux se situe à un point particulier se déplaçant dans un espace multidimensionnel ; espace composé par les différents processus ci-dessus énoncés et lui-même en évolution de par les modifications des multiples liaisons entre ces processus.

Dans cet ordre d'idée, l'identification de groupes homogènes, d'une part, et la mise en évidence de cofacteurs, d'autre part, sont apparus, dans les discussions comme des pistes de recherche importantes, pouvant permettre de mieux analyser les changements et leurs déterminants.

À cet égard, la crise et ses conséquences, qu'il s'agisse des transformations qu'elle suscite ou de la pauvreté qu'elle multiplie, est apparue comme un nouveau paradigme. Nouveau paradigme de la recherche démographique, et pas seulement démographique, qui n'est pas sans susciter un certain désordre dans les analyses, et qui se devait d'être clarifié par des études ultérieures questionnant justement ce problème des temporalités, des groupes homogènes et des cofacteurs¹. En effet, si le contenu même de la crise est important, celle-ci ne peut s'analyser indépendamment de l'évolution socio-économique et des progrès auxquels elle vient s'articuler ou se substituer selon le cas et selon les groupes.

Sur ce point, les Journées ont permis de montrer que la crise, en tant que somme de phénomènes d'adaptation à de nouvelles conditions de la production et de la reproduction sociale, est, elle aussi, multidimensionnelle et qu'elle provoque une multiplication et une diversification des contraintes qui s'exercent sur les individus. En ce sens, l'acquisition d'une maîtrise de la fécondité par les couples et les individus se réalise sous des contraintes croissantes, d'ordre macroéconomique, macro-sociale et politique, puisque la crise conduit, le plus souvent, à l'institution de programmes de population là où ils étaient absents.

¹ L'entrée en force de la crise dans les réflexions sur les dynamiques de population dans les pays en développement n'est plus à démontrer, même si l'on peut estimer que cette prise de conscience fut moins précoce que dans d'autres domaines plus sensible à la conjoncture. Puisque, si par exemple l'ouvrage de la Banque mondiale « L'Afrique subsaharienne : de la crise à une croissance durable » date de 1989, les principales manifestations dans le champ de la démographie sur ce sujet furent un peu plus tardives avec les séminaires organisés par l'UIESP sur « les conséquences démographiques de l'ajustement structurel en Amérique latine » (1992), « Femme, pauvreté et changement démographique » (1994) et « Démographie et pauvreté » (1995); le séminaire « Crise économique africaine et dynamique démographique » organisé par le Ceped (Royalement, 21-24 mai 1995); et les Journées scientifiques du Réseau démographie de l'Aupelf/Uref « Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud » (Ouagadougou, 13-15 novembre 1996). Réunions dont les actes (Tapinos *et al.*, 1997; IUSSP, 1994; Livi Bacci et de Santis, 1999; Coussy et Vallin, 1996; Gendreau, 1998) fournissent des avancées très utiles pour la compréhension des mécanismes d'interrelations entre crise, pauvreté et évolutions démographiques, notamment en Afrique, ceci sans oublier l'ouvrage du National Research Council (1993) mais qui porte lui sur les effets démographiques à court terme des retournements économiques.

Cet effet de la crise ne fait par ailleurs que renforcer une évolution plus ancienne, suscitée par l'élargissement de l'espace social et économique dans lequel évoluent les individus. Cette multiplication et cette diversification générales et progressives des contraintes accompagnent, d'une part, un glissement de leurs origines, du champ micro, lié à la famille et à la communauté, au champ macro, lié à l'ensemble de la société ou à des groupes socio-économiques, et, d'autre part, un accroissement du nombre des acteurs dans le domaine de la reproduction démographique.

Ces Journées ont également permis de différencier les liaisons fortes qui s'établissent entre crise et fécondité, conduisant, d'une part, à un malthusianisme de pauvreté comme élément de stratégie de survie des groupes de population les plus démunis et, d'autre part, à une transition de crise, correspondant à une volonté de réduction de la descendance des familles instruites et aisées confrontées à la gestion d'une augmentation des coûts de leurs enfants dans une période de réduction de leur revenus (Vimard, 1996).

Enfin les débats ont montré qu'au-delà de l'intensité des mouvements de population, c'est leur sens et leur nature qui se modifient, et, plus fondamentalement, que c'est le changement du sens de l'événement considéré (naissance, mariage ou décès) qui entraîne une modification de son intensité et de son calendrier. Ainsi, des phénomènes comme la pratique d'une « contraception d'arrêt » avant toute naissance ou la stérilisation de certaines femmes avant leur vingt-cinquième anniversaire, comme en Amérique latine, reposent sur une transformation, explicite ou implicite, mais certainement radicale, du rôle de la femme et de la place de l'enfant dans la famille et la société. Et c'est cette modification initiale du sens de la reproduction démographique et de la naissance pour la population qui se traduit par une baisse des indices de fécondité.

Il convient par conséquent de questionner, aujourd'hui autant qu'hier, l'évolution de cette nature et du sens de chaque événement démographique, afin de mieux comprendre les ressorts profonds et la diversité des mécanismes de changement et de transition dans les pays en développement.

Bibliographie

- COUSSY J., VALLIN J.
(sous la dir. de), 1996 —
*Crise et population en Afrique. Les
Études du Ceped, n° 13, Paris, 574 p.*
- GAUTIER A., QUESNEL A., 1993 —
*Politique de population, médiateurs
institutionnels et régulation de
la fécondité au Yucatán (Mexique),
Collection Études et thèses,
édition de l'Orstom, Paris, 114 p.*
- IUSSP, 1994 —
*Women, Poverty and Demographic
Change. Seminar, Oaxaca, Mexico,
25-28 october 1994, IUSSP
Committee on Gender
and Population, El Colegio de Mexico,
Somedé, The State of Oaxaca.*
- GENDREAU F.
(sous la dir. de), 1998 —
*Crises, pauvreté et changements
démographiques dans le pays
du Sud. Aupelf-Uref, Actualités
scientifiques, éd. Estem, Paris, 415 p.*
- LIVI BACCI M., DE SANTIS G., 1999 —
*Population and poverty in developing
Countries. IUSSP « International
Studies in Demography », Oxford
University Press, 362 p.*
- NATIONAL RESEARCH
COUNCIL, 1993 —
*Demographic Effects of Economic
Reversals in Sub-Saharan Africa.
National Academy Press,
Washington, D.C., 193 p.*
- TAPINOS G, MASON E.,
BRAVO J., 1997 —
*Demographic responses to Economic
Adjustment in Latin America.
IUSSP « International Studies
in Demography », Oxford University
Press, 354 p.*
- VIMARD P., 1996 —
« Évolutions de la fécondité et crises
africaines », in J. Coussy et J. Vallin
(dir.), *Crise et population en Afrique.*
Les Études du Ceped n° 13, Ceped,
Paris, p. 293-318.
- VIMARD P., ZANOU B., (dir.), 1999 —
*Politiques démographiques et
transition de la fécondité en Afrique.*
Collection Populations, L'Harmattan,
Paris, 320 p.

Résumés
et abstracts

Résumés

Maria E. Cosio-Zavala : « Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique Latine »

La transition démographique en Amérique Latine a commencé aux environs de 1930 avec la baisse de la mortalité. Dans un premier temps, la fécondité a augmenté, soutenue par une hausse de la nuptialité, jusqu'à atteindre un maximum vers 1965 entre 6,5 et 7,5 enfants par femme, dans tous les pays sauf quatre (Argentine, Chili, Cuba et Uruguay). À partir de 1965, deux formes d'évolution sont observées : la première repose sur un nouveau modèle de reproduction et un changement important de la condition féminine, qui concerne les groupes sociaux qui ont été les principaux bénéficiaires du développement socio-économique ; le deuxième modèle, qui peut être qualifié de « malthusianisme de la pauvreté », est une conséquence directe des programmes de planification familiale, dans un contexte de détérioration des niveaux de vie des secteurs rejetés en marge du développement.

Mots clés : Amérique Latine — Malthusianisme de pauvreté — Transition démographique — Nuptialité — Fécondité — Planification familiale.

Philippe Hamelin : « Brésil, une transition atypique ? Ou la non nécessité d'une politique de population »

Le Brésil a connu une importante baisse de sa fécondité en trente ans : 6,28 enfants par femme en 1960 et 2,7 en 1991 ; évolution qui est liée à une forte pratique contraceptive (65 % des femmes mariées en 1984), qui passe essentiellement par la pilule et la stérilisation (à noter l'apparition de la vasectomie). Cette transition rapide s'est largement diffusée à l'ensemble de la société brésilienne, à la fois géographiquement et socialement. L'explication réside dans une mutation de la société brésilienne toute entière : nette amélioration de la situation des femmes, fin de la période des fronts agricoles pionniers, force du processus d'urbanisation, etc. À court terme, la tendance actuelle devrait se poursuivre. À partir de 2005,

les incertitudes prédominent : poursuite de la baisse, avec à la clé un vieillissement rapide, ou baby boom lié à un redémarrage économique ? En conclusion, l'évolution brésilienne amène l'auteur à s'interroger sur le concept de « population stable ».

Mots clés : Transition démographique — Fécondité — Contraception — Politique de population — Population stable — Amérique Latine — Brésil.

Daniel Delaunay : « Fécondités mexicaines : le choix des lieux »

Les démographes s'intéressent peu à la dimension spatiale de la fécondité. Sur la base d'analyses statistiques appropriées réalisées à partir d'un système d'information géographique à l'échelle nationale, l'article examine la géographie mexicaine de la fécondité pour la comparer aux disparités territoriales du développement social. L'observation d'une non correspondance totale, avec diverses régions qui s'écartent du modèle attendu de la baisse de la fécondité, conduit à prendre en compte le phénomène migratoire, comme autre composante spatiale de la baisse de la fécondité mexicaine. Deux aspects sont documentés : d'une part, le rôle des stratégies migratoires individuelles sur la fécondité mexicaine ; d'autre part, les effets propres de l'émigration vers les États-Unis, à travers sa nature sélective, tant pour le soulagement de la natalité générale mexicaine que pour la réduction des descendance.

Mots clés : Fécondité — Dimension spatiale — Développement socio-économique — Migration — Mexique — États-Unis.

Arlette Gautier : « Politiques démographiques et liberté reproductive »

Le développement de politiques anti-natalistes a-t-il favorisé la liberté reproductive, entendu dans sous double sens d'accès à la contraception et de liberté de choix ? En 1990, selon les déclarations gouvernementales, seuls cinq pays du Sud limitent l'accès à la contraception, alors que 80 % le soutiennent, bien que la stérilisation et surtout l'avortement restent soumis à des restrictions. Toutefois, tous les gouvernements n'ont pas transformé en droit effectif ce droit formel. Des

monographies concernant douze des pays les plus peuplés du Sud permettent de classer les États en trois groupes : ceux qui ne garantissent pas l'accès à la liberté reproductive (du fait principalement de l'imposition de la contraception); ceux qui ne font pas d'efforts suffisants pour la diffusion de la contraception ou ont des accès d'autoritarisme; ceux qui augmentent réellement la liberté reproductive de leurs citoyens, bien que de façon imparfaite. Au total, la réalité s'avère loin des déclarations gouvernementales; la liberté reproductive n'est le plus souvent qu'un alibi à des politiques de réduction de la fécondité.

Mots clés : Politique démographique — Planification familiale — Liberté reproductive — Pays en voie de développement.

Jean Poirier, Georges Guiella : « Fondements socio-économiques de la fécondité chez les Mossi du plateau central (Burkina Faso) »

Contrairement à la migration et à la mortalité, la fécondité a été relativement peu étudiée au Burkina Faso. Sur la base des recherches sur le terrain menées par des anthropologues, géographes, économistes, historiens, qui ont documenté différents aspects de l'organisation sociale et de la dynamique des systèmes agraires en pays mossi, l'article passe en revue les contraintes environnementales auxquelles sont confrontées les populations et les grands traits de l'organisation socio-économique qui sous-tendent la production et la reproduction en milieu mossi. Il apparaît que les contraintes qui en découlent, tant pour les hommes que pour les femmes, déterminent des stratégies de survie où la forte fécondité joue encore un rôle essentiel.

Mots clés : Fécondité — Facteurs environnementaux — Facteurs socio-économiques — Organisation sociale — Burkina Faso — Mossi.

Kokou Vignikin : « Déséquilibre agricole et comportements démographiques des ménages. Le cas du Sud-Est Togo ».

Les ménages agricoles du Sud-Est Togo sont aujourd'hui confrontés à une grave détérioration de leur capacité à subvenir à leurs besoins de subsistance. L'article décrit en quoi les transformations historiques subies par le mode de production

agricole du Sud-Est ont contribué à induire des blocages dans l'accès aux moyens de production et comment les ménages sont progressivement arrivés à adopter des stratégies de survie axées sur l'émigration des jeunes et le maintien d'une fécondité élevée : le transfert de certains membres vers les activités non agricoles impose une taille de ménage « appréciable » pour alimenter les réseaux migratoires sans démanteler considérablement le corps familial résident. La forte fécondité au Sud-Est serait ainsi le résultat d'une ligne de conduite forcée par les circonstances. L'amorce de la baisse de la fécondité dans le Sud-Est va principalement dépendre de l'amélioration future des productivités du travail tant chez les hommes que chez les femmes.

Mots clés : Fécondité — Migration — Déséquilibres agricoles — Mode de production — Togo.

Valérie Delaunay, Charles Becker : « Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais »

Les résultats d'une enquête effectuée à Niakhar, en 1989-1991, montrent qu'en dépit d'une très faible pratique contraceptive il existe une demande réelle de maîtrise de la fécondité. Une détérioration des systèmes traditionnels de transmission du savoir induit une moindre connaissance des méthodes traditionnelles de contraception chez les jeunes adultes. Tant la connaissance que la pratique des méthodes modernes apparaissent en fait plus importantes ; les jeunes, plus scolarisés et ayant fréquenté la ville semblent les mieux informés. L'évocation de projets contraceptifs traduit l'existence d'une demande de contrôle de la fécondité, différente selon le sexe : les femmes expriment surtout une demande contraceptive d'espacement, mais aussi d'arrêt, dans le cadre du mariage ; la demande des hommes vise d'abord à éviter les grossesses hors (avant) mariage. Mieux satisfaire cette demande nécessite de mieux connaître les réseaux d'information, notamment le rôle joué par les migrant(e)s.

Mots clés : Contraception traditionnelle — Contraception moderne — Réseau d'information — Fécondité — Milieu rural — Sénégal.

Mburano Rwenge : « Urbanisation et comportement procréateur au Bénin »

Les données de l'enquête nationale sur la fécondité au Bénin de 1981-1982 permet de tester l'hypothèse d'une divergence des comportements procréateurs en milieu urbain et rural, en raison d'une différence de l'utilité économique des enfants dans chacun des deux milieux. La fécondité se révèle bien plus faible en milieu urbain ; ce qui tient non pas à une pratique significativement plus élevée de la contraception moderne, mais à des différences dans le calendrier de la nuptialité. L'accroissement de la pratique contraceptive en milieu urbain nécessite de nouvelles approches, telles que les approches communautaire ou intégrée, ainsi que la prise en compte de la dimension socio-économique dans les programmes de planification familiale, en intégrant par exemple les associations féminines

Mots clés : Urbanisation — Utilisation de la contraception — Fécondité — Utilité économique — Afrique sub-saharienne — Bénin.

Ferdinand Ngueyap : « Pratique contraceptive en Afrique subsaharienne. Niveaux, tendances et déterminants »

Cette étude sur la pratique contraceptive en Afrique sub-saharienne est basée sur les données et les résultats des Enquêtes nationales fécondité (ENF) et des Enquêtes démographiques et de santé (EDS). Les résultats des douze pays considérés dans cette étude montrent que la prévalence contraceptive, bien que faible dans l'ensemble, est très hétérogène : du Sud-Est au Nord-Ouest de l'Afrique, se distinguent des pays en transition contraceptive avancée, des pays en début de transition et des pays prétransitionnels. Pendant les deux dernières décennies, une hausse variable et globalement très positive de la pratique contraceptive a été observée, en dépit d'exceptions. Dans les pays prétransitionnels, les méthodes traditionnelles sont abondamment utilisées, alors que les méthodes modernes prédominent dans les pays intermédiaires ou en transition avancée. L'utilisation et l'évolution positive de la contraception moderne sont déterminées par les facteurs socio-économiques, démographiques et culturels.

Mots clés : Pratique contraceptive — Niveaux — Tendances — Méthodes traditionnelles — Méthodes modernes — Milieu de résidence — Religion — Éducation — Enquête démographique — Afrique sub-saharienne.

Amadou Noubissi, Madeleine Wayack : « La femme camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes. Rejet ou inaccessibilité ? »

Les données de l'Enquête démographique et de santé réalisée au Cameroun en 1991 montrent qu'il existe des femmes qui savent ce qu'est la contraception moderne et qui ont les moyens de se procurer une méthode, mais qui n'y ont jamais eu recours. Les fortes corrélations observées entre « les connaissances des méthodes » et « la pratique de la contraception », d'une part, et « la modernisation », d'autre part, suggèrent que ce dernier facteur est important pour l'acceptation de la contraception. Ainsi, la modernisation, tout en apportant une meilleure connaissance des méthodes, agit progressivement sur les normes et valeurs en matière de fécondité qui constituent le facteur crucial de la pratique de la contraception. La méthode d'analyse des interdépendances qui est proposée, et permet de prendre en compte les interdépendances, les synergies et les interactions entre les facteurs, constitue une piste intéressante pour l'analyse des déterminants de la pratique contraceptive.

Mots clés : Contraception moderne — Connaissance — Pratique — Analyse multivariée — Méthodologie — Modernisation — Cameroun.

Pierre Ngom : « Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal »

L'utilisation des méthodes modernes de planification des naissances reste encore limitée dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, notamment au Sénégal. Pourtant, les campagnes d'IEC (Information, Éducation et Communication) en matière de planification familiale et santé de la reproduction ont largement investi dans la promotion de la parenté responsable et de certaines pratiques élémentaires visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant. La majeure partie des femmes sénégalaises est informée de l'existence des méthodes modernes de régulation des naissances. L'article s'interroge sur le rôle des réseaux informels dans la diffusion des informations en matière de santé de la reproduction et de planification familiale et de l'impact qu'ils ont sur le comportement des femmes. Ces réseaux constituent un système d'aide à la décision, mais

peuvent générer des phénomènes de résistance à certaines méthodes. Il importe donc d'avoir une bonne connaissance des messages qu'ils diffusent et des rumeurs négatives qu'ils véhiculent pour une meilleure conception des messages d'IEC.

Mots clés : Fécondité — Programme de planification familiale — IEC — Réseaux informels — Sénégal.

Yves Charbit, Sarah Hillcoat-Nallétamby : « L'échec de la planification familiale dans les "Cités" de l'île Maurice »

Une approche pluridisciplinaire de la pratique contraceptive dans une « Cité » de l'île Maurice, réalisée depuis 1991, révèle l'impact de trois types de facteurs influant sur la pratique régulière de la contraception : la difficulté pour une population défavorisée d'accéder aux services de planification familiale dans un environnement démuné d'une infrastructure socio-sanitaire élémentaire ; des facteurs socioculturels tels que la méconnaissance des notions élémentaires de physiologie, la religion, le rapport au corps (crainte d'effets secondaires), l'image de la femme chez les hommes et les rôles qui lui sont impartis, etc. ; l'inadéquation entre l'offre des prestations en matière de planification familiale et la demande telle qu'elle est exprimée par les habitants de la Cité. La diversité de ces facteurs (d'ordre économique, démographique, social et culturel), qui agissent de manière combinée, met en évidence la pertinence d'une approche micro-locale pluridisciplinaire.

Mots clés : Planification familiale — Pratique contraceptive — Demande — Offre — Facteurs socioculturels — Méthodologie — Île Maurice.

Jean-Pierre Guengant, Jacques Bangou : « Le RU 486 en Guadeloupe. Quelles leçons pour le Sud ? »

En Guadeloupe, l'avortement est légalisé depuis 1975, mais il était déjà largement pratiqué auparavant. Les avortements clandestins représentent encore un tiers du total des avortements et l'ensemble de ces avortements représentent également 40 % des naissances vivantes. L'article présente une étude sur l'utilisation du RU 486, méthode qui rentre dans le cadre de l'interruption volontaire de grossesse. Ce RU 486 associé

au misoprostol, s'est montré efficace dans 95 % des cas. Les raisons invoquées par les femmes pour le recours à l'IVG correspondaient surtout à un besoin d'espacement des naissances ou d'arrêt dans la constitution de la descendance. Le RU 486 est un moyen de faire face aux avortements illégaux, il reste un procédé abortif et nécessite un cadre législatif qui fait défaut dans nombre de pays du sud.

Mots clés : Avortement — IVG — RU 486 — Fécondité — Guadeloupe.

Lucero Zamudio, Norma Rubiano : « Effet de l'avortement volontaire sur la réduction de la descendance en Colombie »

L'article présente les résultats d'une recherche sur l'interruption volontaire de la grossesse en Colombie. Afin d'étudier l'ampleur de ce phénomène dans un pays où cet acte est puni par la loi, une méthodologie spécifique d'enquête a été mise au point. Cette pratique de l'interruption volontaire de grossesse est importante puisque près d'un tiers des femmes ont terminé au moins une grossesse par un avortement. Les auteurs soulignent l'importance de ce phénomène dans le processus de transition démographique, puisque l'avortement, en Colombie, contribue à une réduction significative de la fécondité.

Mots clés : Avortement — Fécondité — Colombie.

Richmond Tiémoko : « Mesure de la demande de planification familiale à partir de la taille de la famille souhaitée par les filles et de la parité de leur mère. Le cas de Biankouma (Côte d'Ivoire) »

La planification familiale demeure un moyen privilégié pour la maîtrise de la fécondité et l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Avoir une bonne connaissance des besoins exprimés et implicites en matière de contraception est une nécessité. Les données d'une enquête « santé-reproduction » réalisée dans la commune de Biankouma (Côte d'Ivoire) permettent une mesure rapide de la demande des services de planification familiale et également une estimation de tendance future de la fécondité. La méthode utilise la question suivante « Souhaitez-vous avoir moins, pareil ou plus d'enfants que votre mère ? ». Les résultats montrent que la demande est très importante : plus de la moitié des enquêtées expriment un

besoin de limitation des naissances ; les autres ont un désir (implicite) de limitation et/ou d'espace.

Mots clés : Planification familiale — Contraception — Demande — Allaitement — Abstinence — Parité — Descendance finale — Fécondité — Espacement — Biankouma — Côte d'Ivoire

Renaud Bailleux : « À propos de la mesure de l'efficacité des programmes de planification familiale à Taïwan »

Taïwan est régulièrement cité comme exemple de réussite en matière de planification familiale (PF), mais la controverse demeure quant à l'impact réel des programmes de PF sur la baisse de la fécondité. L'article évalue sept méthodes (analyses de décomposition, de tendance, de régression, et schéma expérimental) appliquées au cas de Taïwan, visant selon les auteurs, à prouver l'efficacité ou l'inefficacité de ces programmes. Celles qui paraissent les plus correctes méthodologiquement aboutissent à un effet du programme sur la baisse de fécondité, enregistrée entre 1963 et 1974, variant de 11 à 28 %. Sur cette base et compte tenu du fait que Taïwan soit cité en exemple, cet impact ne peut pas être considéré comme majeur ; il s'agit plutôt d'un effet accélérateur. On peut aussi se demander si la promotion des programmes de PF comme principal instrument de baisse de fécondité dans les pays en voie de développement est une position éthiquement justifiable.

Mots clés : Fécondité — Programme de planification familiale — Efficacité — Méthodologie — Taïwan.

Koffi N'Guessan : « Impact et perspectives de la planification familiale dans le département d'Aboisso (sud-est de la Côte d'Ivoire) »

L'article situe d'abord le contexte dans lequel s'opèrent les programmes de planification familiale en Côte d'Ivoire. Le gouvernement a apporté un soutien aux programmes de planification familiale puisque leurs objectifs étaient de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile, mais a laissé l'initiative de la réalisation de ces programmes aux ONG et aux institutions internationales. La région d'Aboisso (sud-est de la Côte d'Ivoire) est une zone pilote d'implantation des programmes de planification familiale, car la fécondité y est

forte. Un bilan est dressé un an après l'implantation de ce programme. Le succès est limité puisque la prévalence contraceptive moyenne reste faible, mais les intentions d'utiliser une méthode contraceptive sont élevées chez les jeunes femmes et les hommes. L'article conclut en évoquant le facteur de blocage à l'utilisation de la contraception que pourrait être la situation de crise actuelle, avec notamment la baisse du niveau de scolarisation.

Mots clés : Fécondité — Programme de planification familiale — pratiques contraceptives — Côte d'Ivoire.

Abstracts

Maria E. Cosio-Zavala: "Singularities and Modalities of Fertility Transitions in Latin America"

The demographic transition in Latin America started around 1930 with a drop in mortality rates. At first, fertility rates increased, subsequent to a rise in marriage rates which peaked in 1965 with an average number of 6.5 and 7.5 children per woman in all Latin American countries except four (Argentina, Chile, Cuba, Uruguay). From 1965 onwards, two trends were noticed: the first which is the result of a new model of reproduction and an important change in the status of women, concerns the social groups which benefited the most from socio-economic development. The second model which may be termed "Poverty Malthusianism", is a direct consequence of family planning programs within a context of deteriorating living standards observed in the social groups left on the fringe of development.

Keywords: Latin America — Poverty Malthusianism — Demographic transition — Marriage — Fertility — Family Planning.

Philippe Hamelin: "Brazil, an Atypical Transition? Or the Unnecessary Population Policy"

In 30 years, Brazil experienced an important decrease of its fertility rates; from 6.3 children per woman in 1960 to 2.7 in 1991; this trend is related to a widespread use of contraception (65% of the married women in 1984), especially pills and sterilization (to be noted is the appearance of vasectomy). The rapid fertility transition spread in the Brazilian society both geographically and socially. The explanation resides in the change the entire Brazilian society went through: an obvious improvement of the status of women, the end of the pioneer's settlement, which was the driving force behind the urbanization process etc. In the short term, the current trend should prevail. From 2005 however, uncertainties will settle: Will there be a continuous decrease, with a rapid aging population at the end? Will a baby boom occur subsequent to a new econo-

mic take off? In conclusion, the Brazilian trend leads the author to question the concept of "stable population".

Keywords: Demographic transition — Fertility — Contraception — Population policy — Stable population — Latin America — Brazil.

Daniel Delaunay: "Mexican Fertility: Choice of Settings"

Demographers show little interest in the spatial dimension of fertility. Using appropriate statistical analyses based on a geographical system of information at the national level, the article deals with Mexican fertility according to its geographical distribution and then draws a parallel with the territorial differences of social development. The discovery of a total mismatch with various regions which deviate from the expected standard fertility decrease induce one to take into account the migratory phenomenon as another spatial component of the Mexican fertility. Two aspects are recorded: on the one hand, the role of the individual migratory strategies on Mexican fertility; on the other hand, the specific effects of emigration to the United States through its selective nature, as much to the relief of the general Mexican birth rate as to the reduction of children.

Keywords: Fertility — Spatial Dimension — Socio-Economic Development — Migration — Mexico — United States.

Arlette Gautier: "Population Policies and Reproductive Freedom Rights"

Has the development of birth-control policies furthered reproductive freedom rights? i.e. access to contraception and freedom of choice? According to governmental sources, in 1990, only five countries in the South limited people's access to contraception, whereas 80% encouraged it while keeping sterilization and abortion under restrictive measures. Yet, all countries did not make this formal right an effective one. Monographs about the twelve most populated countries in the South can be used to classify the countries into 3 groups. Those which do not guarantee reproductive freedom rights to their citizens (owing mainly to the imposition of contraception) those which do not do much to promote contraception or which

have fits of authoritarianism; those which really enable their citizens to attain freedom of reproduction, but are yet to find the better ways. In general, the reality turns out to be very different from what declarations of governmental sources convey; most often, freedom of reproduction is only an excuse for fertility reduction policies.

Keywords: Population Policy — Family Planning — Developing Countries - Reproductive Freedom Rights.

Jean Poirier, Georges Guiella: "The Socio-economic Foundations of Fertility Amongst the Mossi in the "Plateau Central" (Burkina Faso)"

Contrary to migration and mortality, fertility was relatively less studied in Burkina Faso. Using field research of anthropologists, geographers, economists and historians who have recorded different aspects of the social organization and the dynamics of the agrarian systems in the land of the Mossi, the article makes a review of the environmental constraints faced by the people. It also sets out the main lines of the socio-economic organization behind production and reproduction in the land of the Mossi. It comes out clearly that the subsequent constraints for men as well as women determine survival strategies in which the high birth rate still play an essential role.

Keywords: Fertility — Environmental Factors — Socio-economic Factors — Social organization — Burkina Faso — Mossi.

Kokou Vignikin: "Agricultural Unsteadiness and Demographic Trends in Households. The case of south-east Togo"

Farmers' households in south-east Togo today are faced with a serious deterioration of their capacity to support themselves. The article shows how historical changes in the agricultural production systems in south-east Togo hindered farmer's access to production means and how households have gradually managed to adopt survival strategies centered around the emigration of young men and maintenance of a high rate of fertility: shifting some members to non-farming activities imposes an appreciable family size to feed migratory networks without actually dismantling the family body. The high fertility prevail-

ling in the south-east is thus said to be the result of a line of conduct forced upon people by circumstances. Initial decrease in fertility in the south-east will depend mainly on the future improvement of the productivity resulting from men as well as women's work.

Keywords: Fertility — Migration — Agricultural unsteadiness — Production system — Togo.

Valérie Delaunay, Charles Becker: "Towards a Real Need for Birth Control Methods in the Senegalese Rural Area"

The results of a survey carried out in Niakhar in 1989-91 show that despite low contraceptive use, there exists a real need for birth control methods. A deterioration of the traditional knowledge transmission system leads to young adults not knowing much about traditional contraceptive methods. It is such that the knowledge as well as the use of modern contraceptive methods appear to be more important. The young who have received more education at school and who have been to the city seem to be the most better informed ones. The evaluation of projects related to contraception show the existence of a need for fertility control which vary according to the sex of the persons concerned: In the context of marriage, women especially express a need for methods enabling longer birth intervals, and birth stops. Men first need to avoid extramarital (before marriage) pregnancies. Keeping up with this demand the best way requires a much better knowledge of information networks, namely the role played by male and female migrants.

Keywords: Traditional contraception - Modern contraception — Information network — Fertility — Rural area — Senegal.

Mburano Rwenge: "Urbanization and Reproduction Patterns in Benin"

Figures of the national survey on fertility in Benin from 1981 to 1982 may be used to test the hypothesis that the divergent reproductive trends in the rural and urban areas are due to a difference in the economic use of children in each of the two areas. Fertility rates prove to be lower in the urban area; that

is not due to a more significant use of modern contraception, but to differences in the marriage calendar. The increase of the use of contraception in the urban area necessitates new approaches such as community or integrated approaches as well as the inclusion of the socio-economic dimension in family planning programs, integrating for instance women's associations.

Keywords: Urbanization — Use of contraception — Fertility — Economic use — Sub-Saharan Africa — Benin.

Ferdinan Ngueyap: "Levels, Trends and Determinants of the Use of Contraception in sub-Saharan Africa"

This study on the use of contraception in sub-Saharan Africa is based on the figures and the results of the World Fertility Surveys (WFS) and on the Demographic and Health surveys (DHS). Results on the twelve countries included in this study show that contraceptive prevalence, although weak in general, is very heterogeneous: from the south-east to the north-east of Africa are countries in an advanced stage of the contraceptive transition, others are on the onset of their transition, and finally there are pre-transitional countries. During the last two decades, a variable and globally very positive increase of the use of contraception was noticed despite some exceptions. In the pre-transitional countries, traditional methods are widely used while modern methods are predominant in intermediary countries those in the advanced transition stage. The use and increase of use of modern contraception are determined by socio-economic, demographic and cultural factors.

Keywords: Use of Contraception - Levels — Trends — Traditional Methods — Modern Methods — Area of Residence — Religion — Education — Population Survey — Sub-Saharan Africa.

Amadou Noubissi, Madeleine Wayack: "The Cameroonian Woman and Modern Contraceptive Methods: Reject or inaccessibility?"

The figures of the Demographic and Health Survey conducted in Cameroon in 1991 indicate that there are women who know much about modern contraceptive methods, who can

afford one, yet never tried any. The strong correlation observed between "knowledge of the methods" and use of contraception on one hand, and "modernization" on the other hand suggest that this last factor is important for the acceptance of contraception. Thus, "modernization" by bringing along a better knowledge about methods progressively influences fertility and values that constitute the crucial factor in contraceptive use. Despite results which are not quite new, the method of interdependence analysis is used here to take into account interdependence, synergies and interactions between factors. This method constitutes an interesting way of analyzing the determinants of contraceptive use.

Keywords: Modern contraception — Knowledge — Use — Multivaried analysis — Methodology — Modernization — Cameroon.

Pierre Ngom: "Informal Communication Networks and Reproductive Health in Senegal"

The use of the modern birth control methods is still limited in the countries of West Africa, especially in Senegal. Yet, IEC (Information, Education and Communication) campaigns on family planning and reproductive health have contributed immensely to promote parental responsibility and certain basic practices which improve maternal and child health. Most of the Senegalese women know about the existence of modern methods of birth control. The article questions the role of the informal networks in spreading information on reproductive health and family planning, and their impact on the behavior of women. These networks have an effect on decision making, but they can also generate resistance towards some methods.

It is therefore important to have a good knowledge of the messages they disseminate, and also of the negative rumors they spread in order to adapt IEC messages accordingly.

Keywords: Fertility — Family Planning Program — IEC — Informal Networks — Senegal.

Yves Charbit, Sarah Hillcoat-Nallétamby: "The Failure of Family Planning in the "Cités" in Mauritius"

A multidisciplinary approach to the use of contraception in the "Cités" in Mauritius, in 1991 revealed the impact of three types of factors which have an influence on the regular use of contraception: the difficulty for the disadvantaged to have access to family planning services in an environment devoid of the basic socio-sanitary infrastructure; socio-cultural factors such as ignorance of the elementary notions of physiology, religion, effects on the body (fear of side effects), men's image of women, and the role assigned to them, etc., the inadequacy between the supply of family planning services and demand as expressed by the inhabitants of the "Cités". The diversity of these factors (economic, demographic, social and cultural nature) act jointly and sets off the relevance of the multidisciplinary micro-local approach.

Keywords: Family Planning — Use of contraception — Demand — Supply — Socio-cultural Factors — Methodology — Mauritius.

Jean-Pierre Guengant, Jacques Bangou: "The RU 486 in Guadeloupe: What Lessons for the South?"

In Guadeloupe, abortion was legalized since 1975 but has been widely practiced before. Unsafe abortion still represents one third of the total and makes 40 per cent of the live births. RU 486 when is used in association with Misoprostol proved efficient in 95 per cent of the cases. The reasons referred to most of the time for terminating pregnancies are said to be a need for longer intervals between births or limitation. The RU 486 is safer abortion method but it remains an abortive procedure which requires some legal setting, but which is lacking in many southern countries.

Keywords: Abortion — IVG — RU486 — Fertility — Guadeloupe.

Lucero Zamudio, Norma Rubiano: "Effects of Abortion on The Reduction of Births in Colombia"

The article presents the results of some research made on abortion in Colombia. In order to study the scope of this phenomenon in a country where it is illegal, a specific survey metho-

dology was designed. The issue is a crucial one since about one third of the women terminated a pregnancy by abortion. The authors underline the importance of this phenomenon in the demographic transition process since abortion contributes significantly to reduce fertility.

Keywords: Abortion - Fertility - Colombia.

Richmond Tiémoko: "Assessment of The Demand for Family Planning Based on Girls's Ideal Family Size and Parity with their Mothers' wish. The Case of Biankouma — (Côte d'Ivoire)"

Family Planning remains a privileged means for fertility control and the improvement of maternal and child health. Getting a good knowledge of the explicit and implicit methods of contraception is a necessity. The figures of a survey "Health – Reproduction conducted in the Biankouma commune (Côte d'Ivoire) enabled a quick assessment of the demand for family planning services and an appraisal of the future trend in fertility. The survey asked the following question: "Do you wish to have less children, the same number or more children than your mother?" The result shows that the demand is very important: more than half of the girls questioned express a need for birth limitation; the others have a desire (an implicit one) for birth limitation and / or longer intervals between births.

Keywords: Family planning — Contraception — Demand — Breastfeeding — Abstinence — Parity — Final descendants — Fertility — Birth Intervals - Côte d'Ivoire.

Renaud Bailleux: "Talking About the Assessment of the Efficiency of Family Planning Programs in Taïwan"

Taïwan is regularly quoted as a successful example of the implementation of family planning (FP) but controversy remains as to the actual impact of the family planning programs on the decrease of the fertility rate. The article makes an assessment of seven methods (decomposition, trend, decrease, and experimental outline analyses) applied in the case of Taïwan which according to the authors aim to prove the efficiency or the inefficiency of these programs. Those which seem to be

the most accurate ones in terms of methodology lead to an effect of the program on the decrease of the fertility rates which were recorded between 1963 and 1974, and which vary from 11 per cent to 28 per cent. On that basis, and taking into account the fact that Taiwan is quoted as a reference, this impact cannot be considered a major one; it is rather an accelerating factor. One may also wonder whether the promotion of family planning programs as a way to decrease fertility in the developing countries is an ethically justifiable.

Keywords: Fertility — Family Planning Program — Inefficiency — Methodology — Taiwan.

Koffi N'Guessan : "Impact and Perspectives of Family Planning in the Aboisso (south-east of Côte d'Ivoire) Department"

The article places the family planning programs in the context in which they are carried out in Côte d'Ivoire. The government has supported the family planning programs since their objectives were to reduce maternal and child mortality rates but left it to the initiative of NGO and international organizations to implement these programs. The Aboisso region (south-east of Côte d'Ivoire) is a pilot zone where family planning programs were carried out because the fertility rate was very high there. An assessment was made one year after this program implementation. The success was limited because the average contraceptive use is low but the intentions to use a contraceptive method among young women and among men. The article concludes by recalling the *impeding factor to the use of contraception* that the current crisis might turn out to become, especially with the decrease of school attendance.

Keywords: Fertility — Family planning program — Contraceptive use — Côte d'Ivoire.

Achévé d'imprimer en juin 2000
sur les presses numériques
de l'Imprimerie Maury SA
21, rue du Pont-de-Fer – 12100 Millau
N° d'imprimeur : F00/24330 M

Dépôt légal : juin 2000

TREN SMA



Les études rassemblées dans ce volume portent sur l'évolution de la fécondité dans la population d'une douzaine de régions ou pays du Sud, situés pour la plupart en Afrique francophone et en Amérique latine. À l'échelle mondiale, le recours aux méthodes modernes de contraception a été multiplié par dix entre 1960 et 1990, mais la répartition géographique et les modalités du processus de transition de la fécondité sont très hétérogènes. En Amérique latine, le développement socio-économique, l'urbanisation, l'amélioration de la condition féminine, mais aussi la crise et la pauvreté se conjuguent pour aboutir à la baisse de la fécondité. En Afrique, certains pays n'ont pas encore entamé leur transition démographique car le maintien d'une forte fécondité se trouve au centre des stratégies de survie des populations. Les programmes de planification familiale n'ont pas toujours eu l'impact escompté, d'où la nécessité d'une approche locale qui prenne en compte les obstacles économiques, sociaux, culturels ou religieux à leur accès et réponde davantage aux besoins des populations.

Fécondité – Planification familiale – Transition – Santé de la reproduction – Afrique – Amérique latine.

IRD éditions

213, rue La Fayette
75480 Paris cedex 10

Diffusion

32, avenue Henri-Varagnat
93143 Bondy cedex

fax : 01 48 02 79 09

e-mail : diffusion@bondy.ird.fr

110 FF t.t.c.

16,77 €

ISSN : 0767-2896

ISBN : 2-7099-1448-4

