

DOCUMENT DE TRAVAIL

DT/2002/07

Le Sénégal face au défi démographique

Agnès ADJAMAGBO
Philippe ANTOINE

LE SENEGAL FACE AU DEFI DEMOGRAPHIQUE¹

Agnès Adjamagbo
(IRD Dakar, DIAL / CIPRE)
e-mail : agnes.adjamagbo@ird.sn

Philippe Antoine
(IRD Dakar, DIAL / CIPRE)
e-mail : philippe.antoine@ird.sn

Document de travail DIAL / Unité de Recherche CIPRE

Avril 2002

RESUME

Le Sénégal a connu au cours des dernières décennies une transition démographique résultat d'importants progrès en matière de recul de la mortalité et d'allongement de l'espérance de vie ainsi que d'une baisse de la fécondité. Cette dernière, amorcée dans les couches sociales éduquées et urbanisées touche désormais les populations moins instruites et s'étend progressivement au milieu rural. Pourtant, la population continue de croître à une vitesse très rapide qui, si elle se maintient, conduirait à un doublement de la population en un quart de siècle. La transition démographique s'est réalisée dans un contexte d'intenses changements économique et social. L'urbanisation croissante, la dégradation des conditions d'emploi, l'ajustement structurel, l'appauvrissement de la population, tous ces phénomènes interagissent avec les événements démographiques pour dresser les contours de la société sénégalaise d'aujourd'hui. Les mesures politiques adoptées depuis la fin des années 1980 pour infléchir la croissance de la population n'ont pas encore pleinement fait leurs preuves. Les effets les plus marquants des politiques sont certainement à venir et pour le gouvernement la question de la prise en charge d'une demande sociale sans cesse grandissante restera encore longtemps d'actualité.

ABSTRACT

During the last decades, Senegal has experienced a demographic transition because of the drop of the mortality rate, increase of the life expectancy, and reduction of the fecundity. This transition has started with the urban educated upper class, and it is progressively affecting the uneducated and rural classes. Despite this demographic shift, the population is rapidly growing and may double within 25 years at this current growth rate.

The demographic transition has occurred during intense economic and social change. Growing urbanization, loss of employment condition, structural adjustment, weakening population, and demographic shift characterize the Senegalese society of today.

The actions taken since the end of the 80's in order to curb the population growth have not been successful yet. The Senegalese's government will continue to face a growing demand for social benefits.

¹ Paru dans *La Société sénégalaise entre le local et le global*, sous la direction de Momar Coumba Diop, Karthala, Paris, pp. 511-597, 2002.

Table des matières

INTRODUCTION	4
1. LES TENDANCES DEMOGRAPHIQUES : UNE TRANSITION EN COURS	5
1.1. La baisse de la fécondité s'étend doucement au milieu rural	5
1.2. La fécondité baisse aussi chez les femmes les moins instruites	5
1.3. La fécondité baisse surtout chez les moins de 30 ans et dans une moindre mesure aux âges plus élevés	6
1.4. Un ralentissement de la baisse de la mortalité des enfants.....	6
1.5. La mortalité des adultes, un domaine encore mal exploré	8
1.6. Une prévalence du sida relativement faible	9
2. EVOLUTION DES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES ET TRANSITION DEMOGRAPHIQUE	9
2.1. De plus en plus de jeunes ont une expérience urbaine	10
2.2. La migration internationale, soupape démographique ?	12
2.3. Scolarisation : des progrès nettement insuffisants	13
2.4. Une large frange de la population reste démunie	14
2.5. Un mariage de plus en plus tardif	15
2.6. Mariage et sexualité, une situation nouvelle	16
3. UNE VOLONTE POLITIQUE DE REDUIRE LE NIVEAU DE FECONDITE	17
3.1. Les programmes de planification familiale en question.....	19
3.2. La pratique contraceptive : des résultats mitigés.....	20
3.3. Vers de nouvelles orientations	21
3.4. Les perspectives de population : 17 millions de sénégalais en 2025 ?.....	22
CONCLUSION	23
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	25

Liste des tableaux

Tableau n° 1-1 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1978 et 1999 selon le niveau d'instruction et le lieu de résidence	6
Tableau n° 1-2 : Evolution de la mortalité infanto-juvénile entre 1978 et 1999 selon le niveau d'instruction et le lieu de résidence	7
Tableau n° 2-1 : Evolution relative de la population urbaine.....	10
Tableau n° 2-2 : Matrice des migrations des individus de plus de 15 ans sur la période 1988-1992 (Ensemble du Sénégal).....	11
Tableau n° 2-3 : Âge médian au premier mariage et âge médian au premier rapport sexuel à différentes enquêtes (ensemble des femmes de 25-49 ans).....	15
Tableau n° 3-1 : Estimation de la population et de certains indicateurs démographiques sur le long terme selon deux sources (Nations Unies et DPRH)	22

Liste des figures

Figure n° 2-1 : Résidence urbaine et expérience urbaine	11
Figure n° 3-1 : Proportion de femmes utilisant un moyen moderne de contraception, selon l'âge à différentes enquêtes	21

INTRODUCTION

S'il est un domaine où le Sénégal fait preuve de dynamisme, c'est bien celui de la population. En effet, la croissance de la population est actuellement d'environ 2,8 % par an, ce qui conduit à un doublement en 25 ans. Le Sénégal compte, selon les estimations², autour de 9,5 millions d'habitants en 2000 (6,88 millions au dernier recensement en 1988) dont la majorité est très jeune (57 % des Sénégalais ont moins de 20 ans) et près de la moitié de la population est urbanisée. Comme dans bien des pays africains, la croissance du revenu est absorbée par la croissance démographique. En effet, entre 1960 et 1997, le PIB par tête en volume a diminué de 16 %. De 1980 à 1993, le PNB du Sénégal a augmenté de 2,3 % par an, soit nettement moins vite que la croissance démographique. Le redressement des indicateurs macro-économiques après la dévaluation de 1994 ne doit pas faire illusion. Le taux de croissance de 5,5 % estimé en 1997 et 1998, résulte surtout d'un effet de rattrapage, les investissements ayant été trop longtemps repoussés. Les effets positifs de la dévaluation du franc CFA risquent fort de s'estomper rapidement³. C'est dans ce contexte de croissance économique relativement faible, face à une transition démographique qui semblait, à l'époque, tarder à se réaliser, qu'à la fin des années 1980, le Sénégal opère un tournant dans le domaine des questions de population.

Avec l'adoption en 1988 d'une Déclaration de politique de population, le Sénégal est l'un des premiers pays de la sous-région à formaliser officiellement les principes d'une diminution du rythme de la croissance démographique. Au moment de sa sortie officielle, la déclaration de la politique de population ne spécifiait aucun objectif démographique quantifié. Elle s'appuyait néanmoins sur des projections⁴ pour proposer implicitement des objectifs et retenait deux scénarios. La variante moyenne conduit à une population estimée à 11,1 millions d'habitants en 2001 et un indice de fécondité de 6,44 enfants par femme. La variante basse se fonde sur une stratégie plus volontariste d'extension de la contraception (on retient une hypothèse de près de 30 % de taux de prévalence contraceptive en 2001). Dans ce second cas, la population du Sénégal serait de 10,9 millions en 2001⁵ pour un indice de fécondité de 5,75 enfants par femme.

Ce n'est que deux ans plus tard, en 1990, qu'un premier exercice de quantification à l'horizon 2015 est réalisé⁶. Il se fixe alors des objectifs plus ambitieux. Ainsi, est-il établi que le niveau de fécondité en 2000 devait atteindre 5,18 enfants par femme et devrait descendre à 3,86 enfants par femme en 2015 ; le taux annuel d'accroissement de la population alors de 2,7 % devrait être rabaisé à 2,16 % ; enfin, on escomptait un rôle déterminant de la prévalence contraceptive devant passer de 11,3 % en 1990 à 39,5 % vingt-cinq ans plus tard (DPRH, 1997).

Les objectifs de réduction du niveau de fécondité fixés par les planificateurs sénégalais ont-ils été atteints ? Quels mécanismes ont opéré dans l'évolution des tendances démographiques du pays ? Telles sont les questions que nous abordons dans ce document⁷. Dans un premier temps, nous examinons l'évolution des tendances démographiques au Sénégal, alors qu'un début de transition démographique se confirme. Nous abordons ensuite la question des grandes évolutions sociales et économiques concomitantes qui permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel se sont opérés les changements démographiques et les facteurs qui les conditionnent. Enfin, nous passons en revue les principales caractéristiques de la politique de population de 1988, en mettant l'accent

² Les estimations de la Direction de la prévision et de la statistique (DPS, 1992) sont sensiblement voisines de celles des Nations-Unies. Voir également le tableau 6 infra.

³ Voir les travaux de James et Raffinot (1998).

⁴ Projections à partir du projet Rapid II, page 11 (DPRH, 1997).

⁵ L'estimation pour 2011 est alors de 14,5 millions d'habitants.

⁶ Les objectifs quantifiés seront adoptés au cours du conseil interministériel du 27 juillet 1995 (FNUAP, 1998).

⁷ Ce document de travail reprend un chapitre de l'ouvrage « Sénégal : Du socialisme à l'ajustement structurel. Quelles politiques pour le XXI^e siècle ? », Vol. II, publié sous la direction de C. Diop par Karthala, Paris en 2002.

sur les mesures relatives à la réduction de la fécondité et son bilan au regard des objectifs qu'elle s'est fixée.

1. LES TENDANCES DEMOGRAPHIQUES : UNE TRANSITION EN COURS

Parmi les pays d'Afrique de l'Ouest, le Sénégal est celui pour lequel on dispose de la série la plus importante d'enquêtes démographiques et de santé (5 en 21 ans) qui donnent une bonne appréciation de l'évolution tendancielle de la fécondité et de la mortalité des enfants. Ces données permettent de démontrer que la transition démographique est bien amorcée au Sénégal.

1.1. La baisse de la fécondité s'étend doucement au milieu rural

Durant les vingt premières années d'indépendance, alors que le Sénégal connaissait une baisse sensible et régulière de son niveau de mortalité, la fécondité, pour sa part, demeurait élevée. Par la suite, la comparaison entre l'enquête sénégalaise de fécondité (ESF, 1978) et l'enquête démographique et de santé (EDS, 1986) indique une légère baisse de la fécondité : l'indice synthétique (ISF) passe de 7,1 enfants par femme en 1978 à 6,6 en 1986. Cette tendance nationale à la baisse se confirme sur les périodes suivantes, où la fécondité décroît à peu près au même rythme. Ainsi, en 1997, les femmes ont en moyenne 5,7 enfants. Les derniers résultats disponibles (ESIS, 1999) laissent entrevoir une accélération de la baisse (5,2 enfants par femme).

L'une des particularités de la baisse de la fécondité au Sénégal, comme dans bon nombre de pays d'Afrique de l'Ouest, est qu'elle s'est récemment étendue au milieu rural, alors que le processus était déjà bien engagé dans les villes⁸. En effet, la baisse de la fécondité dans les villes sénégalaises est relativement ancienne : le nombre moyen d'enfants par femme passe de 6,5 en 1978 (ESF) à 5,5 au début des années 1980 (EDS I) en milieu urbain. Durant la même période, l'indice synthétique de fécondité observé en milieu rural ne bouge pratiquement pas : 7,5 à 7,1 enfants. Il faut attendre la deuxième EDS, en 1992, pour percevoir un début de baisse de la fécondité en milieu rural (6,7 enfants par femme). Les relevés plus récents des niveaux de fécondité confirment les changements de comportement de fécondité dans les zones rurales : 6,1 enfants par femme en 1999 (ESIS, 1999).

Une fois enclenchée, la baisse de la fécondité dans les villes a été également plus rapide que dans les campagnes. De 1978 à 1999 on passe de 6,6 enfants par femme à 3,9 en 1999⁹ en milieu urbain, contre 7,5 à 6,1 en zone rurale. Ainsi, en 21 années, la fécondité a diminué de 2,7 enfants dans les villes alors que, dans le même laps de temps, elle n'a baissé que de 1,3 enfant en milieu rural. Malgré la tendance à la baisse en milieu rural, l'écart entre les deux milieux reste important. Certaines régions demeurent nettement moins ouvertes au changement. A Tambacounda et Kolda notamment, les ressortissantes de ces régions ont, en 1997, plus de 7 enfants en moyenne au cours de leur vie (Direction de la Prévision et de la Statistique, sd).

1.2. La fécondité baisse aussi chez les femmes les moins instruites

Il n'est plus nécessaire de souligner le lien entre fécondité et instruction. Au Sénégal, comme ailleurs, le niveau de fécondité est nettement plus bas parmi les femmes ayant atteint le niveau d'études secondaires que parmi celles moins éduquées (tableau 1.1). Le niveau relativement bas de la fécondité dans les villes est lié aux conditions de l'offre scolaire en milieu urbain. Néanmoins, la

⁸ Le niveau de fécondité atteint dans les villes sénégalaises n'a rien à envier à d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. Ainsi on relève un indice synthétique de fécondité en ville de 4,7 enfants en Côte d'Ivoire (1994), de 3,9 au Cameroun (1998) et même 3,3 enfants dans les villes togolaises (1998).

⁹ Cet indice synthétique est un peu plus bas à Dakar : 4,2 enfants par femme en 1997 et 3,5 en 1999.

baisse enregistrée ne concerne pas seulement les femmes de niveau scolaire élevé, elle concerne également les femmes n'ayant que le niveau primaire ainsi que, dans une moindre mesure, celles qui n'ont aucune instruction.

Tableau n° 1-1 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1978 et 1999 selon le niveau d'instruction et le lieu de résidence¹⁰

	1978	1986	1993	1997	1999
<i>Niveau d'instruction</i>					
Aucun	7,4	6,8	6,5	6,3	5,9
Primaire	7,1	5,2	5,7	5,2	4,1
Secondaire et +	3,6	3,7	3,8	3,1	2,7
<i>Milieu</i>					
Urbain	6,6	5,4	5,1	4,3	3,9
Rural	7,5	7,1	6,7	6,7	6,1
<i>Ensemble</i>	7,2	6,6	6,0	5,7	5,2

Source : EMF 78 ; EDS I, II, III; ESIS 99

1.3. La fécondité baisse surtout chez les moins de 30 ans et dans une moindre mesure aux âges plus élevés

Une autre particularité de la baisse de la fécondité au Sénégal réside dans le fait qu'elle est particulièrement sensible au début de la vie féconde des femmes, c'est-à-dire entre 15 et 30 ans. Le taux de fécondité à 25-29 ans diminue régulièrement entre 1978 et 1997, passant de 332 ‰ à 240 ‰, alors que les taux à 30-34 ans restent presque identiques d'une période à l'autre (EDS III :25)¹¹. La fécondité diminue surtout par une entrée plus tardive en vie féconde¹², imputable en grande partie à un mariage plus tardif¹³, le lien entre mariage et fécondité restant fort au Sénégal (Pison *et al.*, 1997)¹⁴.

La baisse de la fécondité correspond également à un changement des aspirations des populations en matière de modèle familial. Entre 1986 et 1997, le nombre moyen idéal d'enfants diminue. Dans l'ensemble, les femmes aspirent désormais à un nombre plus restreint d'enfants : 6,8 enfants en 1986 contre 5,3 en 1997. Les aspirations changent aussi bien en milieu rural (de 7,6 à 6 enfants) qu'en milieu urbain (5,5 à 4,5). Même s'il faut manier avec précaution ce concept de nombre idéal d'enfants désirés, on constate qu'en 1997 le nombre souhaité est inférieur à la descendance effective, particulièrement dans les campagnes, alors que c'était encore l'inverse en 1986 et en 1992-93 (Pison *et al.*, 1997).

1.4. Un ralentissement de la baisse de la mortalité des enfants

La mortalité a connu dans les quatre dernières décennies une baisse significative, en particulier aux âges jeunes (de la naissance à 5 ans). En effet, dans l'ensemble, la tendance de la mortalité dans l'enfance s'inscrit nettement à la baisse. Au niveau national, le taux de mortalité infanto-juvénile (de la naissance au cinquième anniversaire) est passé de 287 à 139 pour mille entre 1963 et 1997, soit une réduction de la mortalité aux jeunes âges de moitié (Antoine et Mbodji, 1991 ; EDS III). Cette baisse a été principalement attribuée à l'amélioration des infrastructures sanitaires et surtout à

¹⁰ Les tableaux comparatifs 1, 2 et 5 sont présentés selon la date de l'enquête. Les données étant rétrospectives, elles doivent s'interpréter comme traduisant le niveau de fécondité ou de mortalité sur la période de 10 ans précédant l'enquête, c'est-à-dire centrées 5 ans plus tôt que l'année d'enquête.

¹¹ Les résultats disponibles pour 1999 laissent cependant apparaître une baisse de la fécondité aux âges élevés.

¹² Même chez les femmes à fécondité précoce, on assiste à un début de régulation (Ndiaye, 1994).

¹³ D'autres déterminants de la fécondité sont en œuvre comme la durée de l'allaitement, l'abstinence ou l'aménorrhée post-partum qui influent sur les intervalles intergénéralités (Sow, 1994a et 1994b).

¹⁴ Cette évolution de la fécondité influencée par le recul de l'âge au mariage se rencontre aussi dans les pays du Maghreb (Ajbilou, 1999).

l'offre de soins de santé de base (Pison *et al.*, 1997). Toutefois, entre 1997 et 1999, une légère remontée du taux est enregistrée (il atteint 145,3 ‰) (tableau 1.2).

Tableau n° 1-2: Evolution de la mortalité infanto-juvénile entre 1978 et 1999 selon le niveau d'instruction et le lieu de résidence

	1978	1986	1993	1997	1999
Niveau d'instruction					
Aucun		225,1	170,7	154,3	159,9
Primaire		140,5	98,5	95,8	91,4
Secondaire et +		72,4	52,4	54,5	80,1
Milieu					
Urbain		135,4	101,8	89,4	92,1
Rural		249,6	184,2	165,3	171,2
Ensemble	262	209,5	156,7	139,3	145,3
dont :					
Mortalité infantile	118	91	76	69	70,1
Mortalité juvénile	186	130,4	87,4	75,1	80,9

Source : EMF 78 ; EDS I, II, III; ESIS 99

La baisse de la mortalité des enfants est plus importante au-delà du premier anniversaire : au niveau national, le risque de décéder entre la naissance et 1 an (mortalité infantile) n'a diminué que de 21 % (passant de 91 ‰ en 1986 à 70 ‰¹⁵ en 1999) tandis que celui du premier au cinquième anniversaire (mortalité juvénile) a baissé de 50 % (passant de 130 en 1986 à 81 ‰, après avoir atteint 75 ‰ en 1997). Toutefois la comparaison des résultats des enquêtes de 1997 et de 1999 laisse présager un très net ralentissement des progrès dans ce domaine, voire une légère remontée de la mortalité juvénile, qui peut être révélatrice d'une dégradation des conditions d'accès aux soins.

D'importantes disparités régionales s'observent dans le domaine de la mortalité des enfants, au détriment des zones rurales. En 1997, le quotient de mortalité des enfants de moins d'un an est de 79 ‰ parmi les populations rurales, contre 50 ‰ dans les populations urbaines (EDS III) (77 ‰ contre 55 ‰ selon ESIS-1999). Parmi les villes, Dakar occupe une place privilégiée. C'est en effet dans la capitale que sont enregistrés les taux de mortalité dans l'enfance les plus faibles¹⁶. Les disparités régionales face à la mort sont plus accentuées au-delà du premier anniversaire. Le taux de mortalité juvénile est deux fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (93 contre 41 pour mille en 1997 ; respectivement 102 et 39 ‰ en 1999). D'une manière générale, les niveaux de mortalité infantile et juvénile sont fortement liés aux conditions socio-économiques, ce qui explique en partie les écarts importants entre régions. À l'intérieur du pays, le quotient de mortalité infantile varie considérablement suivant le lieu de résidence : ainsi, en 1997, il est de 52 ‰ à Thiès et s'avère deux fois plus élevé à Tambacounda (102 ‰). Il en va de même pour la mortalité juvénile dont le taux varie entre 38 ‰ à Thiès et 110 ‰ à Kolda (Direction de la Prévision et de la Statistique, sd). Enfin, les écarts entre ville et campagne, restent sensiblement stables durant les vingt dernières années, mais demeurent importants.

La baisse de la mortalité infantile, principal indicateur de l'état de santé d'une population, s'explique par la multiplication des programmes de santé, en particulier de vaccination, l'amélioration des infrastructures sanitaires, de la connaissance des conditions d'hygiène et de l'état nutritionnel des enfants, etc. Entre également en ligne de compte le niveau d'instruction des mères ; l'EDS III (1997) et l'ESIS (1999) montrent que les enfants dont la mère a un niveau d'éducation primaire ou

¹⁵ 69 ‰ en 1997.

¹⁶ C'est à Dakar que se trouvent aussi les plateaux techniques les plus performants.

secondaire ont respectivement deux ou trois fois plus de chances d'atteindre leur cinquième anniversaire que ceux dont la mère est non instruite (respectivement, 96 %, 54 %, contre 154 % en 1997 ; en 1999, 91 %, 80 %¹⁷ et 160 %). Ces écarts étaient également les mêmes une dizaine d'années plus tôt. On le voit, les progrès réalisés dans le domaine de la santé, s'ils contribuent à réduire le niveau de la mortalité, ne parviennent pas à endiguer les inégalités entre populations rurales ou urbaines, instruites ou non. La diffusion de l'information relative à la prévention et au traitement des maladies, qui a contribué fortement à la baisse de la mortalité, s'est accélérée grâce à des niveaux d'instruction en hausse, surtout chez les mères (Pison *et al.*, 1997).

Le niveau relativement plus faible de la mortalité des enfants en milieu urbain ne doit pas faire perdre de vue les inégalités sociales. Chez les familles pauvres des villes, la mortalité juvénile demeure toujours très forte, même si elle est moins élevée que celle des familles rurales. Les données de l'EDS montrent que les enfants des femmes dakaraises dont le conjoint travaille dans le secteur informel ont moins de chance de survivre que ceux dont le père travaille dans le secteur moderne (Mboup, 1992).

La situation observée au Sénégal est assez représentative de ce qu'on observe dans les autres pays de la région où la mortalité infanto-juvénile reste élevée. Le quotient de mortalité infanto-juvénile était de 150 ‰ en Côte d'Ivoire en 1994, 144 au Togo et 146 pour mille au Cameroun en 1998¹⁸. Toutefois, le différentiel urbain-rural s'avère nettement moins important dans tous les autres pays, qu'il ne l'est au Sénégal.

1.5. La mortalité des adultes, un domaine encore mal exploré

Si l'on a une assez bonne connaissance des indicateurs de mortalité des enfants, on se heurte à d'importantes lacunes dans le domaine de la mortalité des adultes. Les statistiques d'état civil et des services de santé devraient constituer la principale source d'information. Elles restent cependant incomplètes pour diverses raisons liées, entre autres, à une couverture déficiente de l'enregistrement, à l'effet de sélection des consultants (important quand l'accès aux services de santé bio-médicaux est inégal selon les régions), au manque de régularité et d'uniformité dans la collecte des données, ou encore, à l'absence de leur exploitation systématique. Les données concernant l'espérance de vie ou le taux de mortalité générale sont des estimations extrapolées à partir de tables-types et elles ne sont fiables que s'il existe une relation entre mortalité aux jeunes âges et aux âges adultes. Or, rien ne prouve que cela serait le cas.

La mortalité maternelle est toutefois un peu mieux documentée. Les séries d'enquêtes démographiques et de santé menées dans plusieurs pays offrent des données standardisées sur la question. Au Sénégal, l'enquête EDS II (1992-93) fait état de 500 à 550 décès maternels pour 100 000 naissances dans les décennies 1970 et 1980, ce qui place le Sénégal parmi les pays où le niveau est le plus élevé. Les plus grands facteurs de risques seraient liés aux premières naissances (naissances précoces) et à un espacement court entre les naissances. La mortalité maternelle aurait même connu une hausse au cours des 20 dernières années. Ceci est d'autant plus surprenant que la baisse de la fécondité est généralement associée à une diminution du risque de décès maternel, les femmes étant moins exposées au risque. Cette constatation remet en question le rôle d'un changement de comportement de fécondité sur la survie des mères. Des études plus pointues menées en milieu rural font état de risques de mortalité maternelle similaires à ceux révélés par l'EDS II. Ainsi à Niakhar, près de Fatick, les chercheurs ont montré que, sur la période 1984-1997, environ 30% des décès de femmes âgées de 15 à 49 ans étaient des décès maternels, portant le

¹⁷ Cette importante remontée de la mortalité des enfants de mères très instruites que l'on note ici est surtout due à une remontée de la mortalité infantile, révélatrice entre autres d'une détérioration des conditions d'accouchement et de ses suites.

¹⁸ La mortalité infanto-juvénile au Sénégal est nettement moins élevée que chez son voisin le Mali où le quotient 0q5 atteint 252 ‰ en 1996.

niveau de mortalité maternelle dans cette région à 516 décès pour 100 000 enfants nés vivants (Kodio *et al.*, 2001 ; Pison *et al.*, 2000). Comme dans la plupart des régions en développement, l'importance des décès maternels en milieu rural sénégalais est essentiellement le résultat des insuffisances notoires de prise en charge des urgences obstétricales (manque de personnel, absence de plateau technique adéquat) (Adjamagbo *et al.*, 1999).

1.6. Une prévalence du sida relativement faible

Comparé à d'autres pays comme la Côte d'Ivoire, le Sénégal est relativement peu affecté par l'épidémie du sida : la prévalence du sida y demeure faible au cours des dernières années (entre 1 % et 2 % de l'ensemble de la population) et stable (Meda *et al.*, 1999). C'est d'ailleurs l'un des rares pays où cette épidémie stagne. Plusieurs raisons sont invoquées pour expliquer cette faible prévalence. Les indicateurs de fréquence et d'intensité des comportements sexuels avant et hors mariage ainsi que les mesures de densité des réseaux sexuels sont plus faibles à Dakar que ceux mesurés dans d'autres villes d'Afrique (Meda *et al.*, 1999). Le Sénégal s'est engagé très tôt dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles et un programme de lutte contre le sida a été mis en place dès 1988 ; ce programme est parfois donné en exemple. À Dakar, selon plusieurs enquêtes, l'utilisation du préservatif est élevée lors de rapports occasionnels et très élevée avec les prostituées. Certains auteurs (Lagarde E. *et al.*, 2000) soulignent l'importance du contrôle social de la sexualité au Sénégal comme dans d'autres pays fortement islamisés (Mauritanie par exemple).

La baisse de la fécondité est maintenant bien amorcée au Sénégal, et tout indique qu'elle va se poursuivre. Par contre, dans le domaine de la mortalité des enfants, la baisse se ralentit et les indicateurs amorcent même une légère remontée. On peut émettre l'hypothèse que cette remontée est consécutive à la détérioration des conditions économiques des ménages, et donc des conditions d'accès aux soins, ainsi qu'à une dégradation de la qualité des services. L'évolution des indicateurs démographiques observée au cours des dernières décennies participe de changements plus profonds de la société sénégalaise où les facteurs tels que l'urbanisation, l'appauvrissement d'une part importante de la population, la scolarisation, le recul de l'âge au mariage jouent un rôle important. La transition démographique, au Sénégal comme ailleurs, ne peut être isolée de ces processus qui affectent l'organisation sociale, les mœurs et la culture et créent en même temps les contours de nouveaux modèles de comportements.

2. EVOLUTION DES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES ET TRANSITION DEMOGRAPHIQUE

Les mécanismes sociologiques influençant les comportements de fécondité en Afrique sont généralement complexes. Les changements sanitaires et économiques et sociaux qui accompagnent l'urbanisation ont longtemps été présentés comme favorisant la baisse de la fécondité. L'extension des opportunités d'emplois salariés dans différents secteurs de l'économie moderne, l'élévation du niveau d'instruction, un accès plus large aux techniques de soins de qualité et à l'information, sont autant de faits susceptibles d'accroître le niveau de vie des populations et d'ébranler les schémas classiques de comportements. Mais les crises que traversent les économies africaines depuis plusieurs décennies ont compromis les progrès sanitaires et l'amélioration générale des conditions de vie des populations. Dès lors, le lien entre développement et transition démographique est plus confus. On s'attend à ce que soit non plus le progrès économique mais la situation de crise qui crée au sein des familles une anticipation de la charge des enfants et une réaction de diminution des naissances. Ce processus est difficile à démontrer.

Certaines études cherchant un modèle explicatif de la transition démographique ont insisté sur le fait que les comportements de fécondité sont étroitement liés aux conditions de production et de reproduction spécifiques à chaque groupe social, selon son degré d'insertion dans l'économie, urbaine ou rurale (Grégory et Piché, 1986 ; Locoh et Makdessi, 1995 ; Adjamagbo et Delaunay, 1998). Au Sénégal, la baisse de la fécondité a d'abord débuté dans les villes et chez les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou ayant un conjoint qui travaille dans le secteur moderne (Mboup, 1992). Peu à peu, ces comportements s'étendent aux femmes illettrées ou possédant un niveau d'éducation primaire appartenant à des familles pauvres. La baisse récente de la fécondité observée en milieu rural correspond probablement à une nouvelle étape dans la propagation de ce phénomène.

2.1. De plus en plus de jeunes ont une expérience urbaine

Près de la moitié de la population du Sénégal vit en ville et Dakar concentre plus de la moitié de cette population urbaine (Tableau 2.1). Face à ce constat, la plupart des documents concernant l'aménagement du territoire ou les migrations internes parlent de croissance urbaine galopante, mais s'agit-il vraiment de cela ? Certains auteurs s'inquiètent au contraire du ralentissement de la croissance urbaine qui marquerait une saturation relative de l'urbanisation¹⁹ (Bocquier et Traoré, 2000). Entre 1955 et 2000, la part de la population urbaine a doublé sous l'effet de l'exode rural mais aussi par le reclassement d'un certain nombre de localités. Le taux de croissance de la population urbaine était très élevé au moment de l'indépendance et tend à se ralentir progressivement : il était estimé à 4,5 % par an entre 1960 et 1976 et à 3,8 % entre 1976 et 1988. La population urbaine continue d'absorber un tiers de la croissance de la population rurale (qui n'augmente seulement que de 2 % par an). Cependant, l'essentiel de la dynamique de la croissance démographique des villes réside dans l'accroissement naturel, conséquence de la différence entre natalité et mortalité. Cet accroissement naturel des villes tend à décroître nettement du fait de la baisse de la fécondité (voir *supra*).

Tableau n° 2-1 : Evolution relative de la population urbaine²⁰

Années	1955	1960	1976	1988	1993	2000*
Pop urbaine/Pop Sénégal	21 %	28 %	36 %	39 %	41 %	44,5 %
Pop Dakar/Pop urbaine	43 %	46 %	45 %	47 %	54,2 %	55 %
Pop Dakar/Pop totale	11 %	12 %	16 %	19 %	21,5 %	24 %

Sources: Recensements de 1955, 1976, 1988, Mainet (1988), DPS (1992 et 1998) ; * estimations

Les résultats de l'enquête migration conduite dans le cadre du REMUAO²¹ en 1993 confirment cette tendance au ralentissement de l'exode rural (DPS-Cerpod, 1998). Le tableau 4 donne les échanges migratoires (pour la population âgée de plus de 15 ans) entre milieux urbain (où l'on distingue la capitale, les villes principales²² et les villes secondaires) et rural ainsi que vers l'étranger. Seule la capitale et les villes principales de l'intérieur enregistrent une croissance migratoire nette²³ positive relativement modérée. En revanche, les villes secondaires et le milieu rural connaissent une perte de leur population par émigration, cette dernière étant légèrement plus forte dans les villes secondaires qu'en milieu rural. Enfin, l'ensemble du pays perd 0,3 % de sa population par an au profit des pays

¹⁹ Il faudra attendre les résultats du recensement du Sénégal de 2001 pour avoir une idée plus précise de la croissance urbaine et une confirmation ou une infirmation de ce ralentissement.

²⁰ Les calculs effectués le sont à partir des données officielles de la DPS, où la ville religieuse de Touba est considérée administrativement comme un village. Cette cité devient le second pôle urbain du pays, et si on la prend en compte c'est environ 47,5 % de la population qui est urbaine.

²¹ REMUAO : Réseau de recherche sur les migrations et l'urbanisation en Afrique de l'Ouest regroupant 7 pays dont le Sénégal et animé par le Centre d'études et de recherche sur la population pour le développement (CERPOD).

²² Les villes principales sont les neuf capitales régionales.

²³ Hors accroissement naturel.

étrangers. Dans l'ensemble, les flux interurbains sont d'importance relative plus grande entre villes qu'entre milieu urbain et milieu rural. Les villes de l'intérieur sont donc des lieux de passage important des migrants.

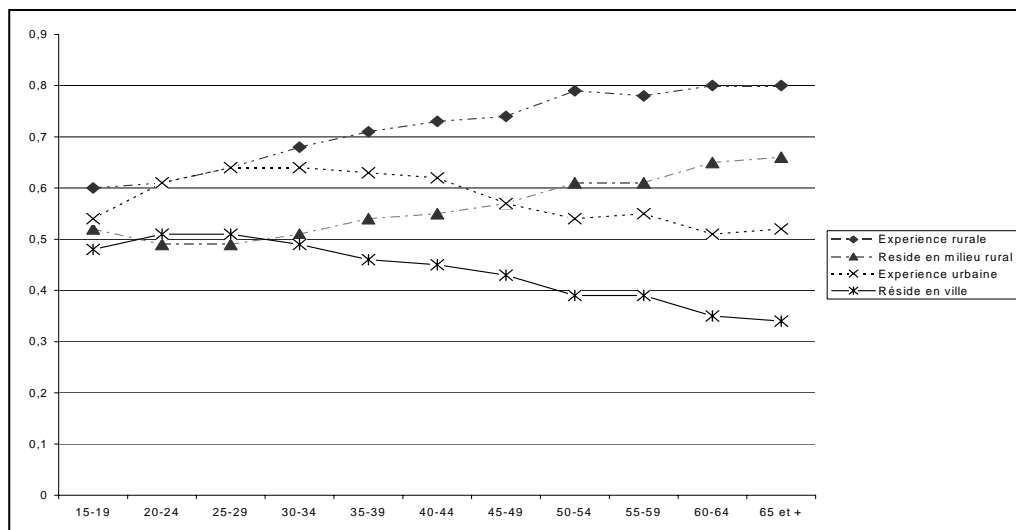
Tableau n° 2-2 : Matrice des migrations des individus de plus de 15 ans sur la période 1988-1992 (Ensemble du Sénégal)

Origine / Destination	Dakar	Villes principales	Villes secondaires	Milieu rural	Autres pays	Total	Population moyenne
Dakar	-	39 597	23 427	92 661	46 999	202 684	1 017 521
Villes principales	47 399	-	12 443	36 508	2 0611	116 961	530 820
Villes secondaires	29 248	18 850	-	23 400	8 490	79 988	249 891
Milieu rural	104 757	47 342	28 177	-	95 287	275 563	2 164 814
Autres pays	46 473	18 604	4 992	43 824	-	113 893	
Total	227 877	124 393	69 039	196 393	171 387	789 089	3 963 047
Taux de croissance migratoire	+ 0,49 %	+ 0,28 %	- 0,88 %	-0,72 %	-0,29 %		

Source : DPS-Cerpod, 1998

Les taux de migration féminine sont légèrement inférieurs à ceux des hommes, en particulier dans les villes de l'intérieur du pays. Les femmes migrent également moins vers l'étranger. Toutefois, ces comportements diffèrent suivant les groupes d'âges. Selon les résultats de l'enquête de 1993 (DPS-Cerpod, 1998) les conséquences des mouvements internes entraînent un rajeunissement de la population masculine des villes et une féminisation de la population urbaine de plus de 30 ans. La répartition entre population urbaine et population rurale traduit imparfaitement la mobilité entre ville et campagne. Nous avons distingué sur la figure 1, la proportion de résidents en milieu urbain et en milieu rural selon l'âge et, d'autre part, l'expérience urbaine (appréciée par un séjour en ville de plus de 6 mois au cours de la vie) et rurale. On remarque par exemple que moins de la moitié des 25-29 ans réside en ville. Mais si l'on tient compte de leur mobilité à l'intérieur du pays, 65 % de cette tranche d'âges a vécu à un moment ou un autre en milieu urbain. Ainsi, la majorité des jeunes générations a eu une expérience urbaine, alors qu'un tiers seulement de leurs aînés âgés de 65 ans et plus réside encore en ville et seulement la moitié ont eu une expérience urbaine. Cette mobilité entre milieu urbain et milieu rural contribue à la diffusion de nouveaux modèles de comportement dans le domaine de la fécondité et de la santé reproductive²².

Figure n° 2-1 : Résidence urbaine et expérience urbaine



Source : nos calculs à partir de l'enquête Sénégal du REMUAO

Calculés entre les deux derniers recensements (1976 et 1988), les migrations internes semblent peu affecter certaines villes de l'intérieur du pays (Mbodji, 1989). Si nous faisons l'hypothèse d'une croissance naturelle de la population de 3 % par an, on constate que des villes comme Saint-Louis (2,2 % de croissance annuelle entre 1976 et 1988), Louga (1,6 %) et plusieurs petites villes de l'intérieur connaissent des taux de croissance inférieurs au croît naturel. En 1988, les deux principales villes de l'intérieur du pays, à savoir Thiès et Kaolack ont une croissance légèrement supérieure (respectivement 3,6 et 3,2 %). Selon les résultats du recensement de 1988 (Ba et Sarr, 1990), sur une population de 6.881.919 individus nés et résidents au Sénégal en 1988, on a pu recenser 999.060 migrants²⁴ qui ont changé de région depuis leur naissance, soit 14,5 % de la population totale du pays. Les régions de St-Louis et Louga constituent de véritables pôles d'émigration interne. Elles fournissent 31 % des migrants de l'intérieur du pays. La région de Dakar constitue le pôle majeur de destination. Elle se distingue de toutes les autres par l'importance de l'effectif des entrants qu'elle a enregistré : 462.000 personnes, soit 46 % de l'ensemble des migrants. Les régions de Kaolack, Fatick et de Thiès constituent d'autres pôles de destination, mais sans commune mesure avec Dakar. Si l'on prend en considération les soldes migratoires entre les dix régions du Sénégal, deux régions seulement présentent un solde positif : Tambacounda qui présente un solde légèrement positif (+2.740), probablement en raison du développement de la culture du coton à cette période ; et Dakar qui connaît un gain net de 325.580 migrants.

Ces données sont confirmées par l'étude plus récente sur les migrations entreprise au Sénégal dans le cadre du REMUAO. Sur la période 1988-92, seules trois régions connaissent un solde migratoire positif : Dakar, Diourbel (à cause de la croissance de Touba²⁵) et dans une moindre mesure la région de Tambacounda. Le volume des migrations internes est important : pour une population totale âgée de plus de 15 ans estimée à 3.963.000 personnes, on enregistre sur la période 1988-1992, 617.000 migrations internes. Les flux migratoires perdurent, mais il ne s'agit plus d'un exode rural massif, bien au contraire la diversité des flux montre qu'une part importante des migrants est originaire du milieu urbain ou a transité par le milieu urbain. Dakar reste le principal pôle d'attraction migratoire du pays. La part importante des migrations urbaines vers Dakar conduit à s'interroger sur l'évolution du réseau urbain sénégalais et sur les risques de macrocéphalie (Antoine et Mboup, 1994 ; Mbow, 1992).

2.2. La migration internationale, soupape démographique ?

Jusqu'à la fin des années 1970, le Sénégal est présenté comme un pays d'immigration pour les ressortissants d'Afrique de l'Ouest (Zachariah et Condé, 1980), sans que l'accueil de migrants atteigne toutefois l'ampleur de celui de la Côte d'Ivoire. Un net renversement de tendance a eu lieu durant ces vingt dernières années. De pays d'accueil, le Sénégal est devenu un pays d'émigration. En effet, d'après les résultats de l'enquête REMUAO (DPS-Cerpod, 1998), si le solde de migration internationale reste légèrement positif avec les pays voisins (+0,08 %), il est devenu nettement négatif avec les autres pays d'Afrique (Afrique centrale et australe), d'Europe ou d'Amérique du Nord (-0,37 %). A partir des données de l'enquête REMUAO, on a calculé la proportion des individus qui ont séjourné à un moment de leur vie à l'étranger. A peine 3% de la population âgée de plus de 15 ans a déjà résidé hors du Sénégal (4% chez les hommes, 2% chez les femmes). Mais cette proportion est nettement plus importante pour les jeunes adultes. En effet, 6% des hommes âgés de 25-29 ans et près de 10 % des hommes de 30-34 ans avaient déjà résidé hors du pays en 1993, essentiellement dans un autre pays africain²⁶. Cette migration internationale ne peut-être

²⁴ Il s'agit dans ce cas des migrants-durée de vie c'est-à-dire d'individus qui résident dans une autre région que celle de leur lieu de naissance ; cette notion ne tient pas compte de la durée de résidence, ni du nombre de migrations, elle masque enfin les migrations de retour. Elle tend donc à sous-estimer les migrations.

²⁵ Pour plus d'informations voir l'article de Cheikh Guèye dans cet ouvrage.

considérée comme une soupape démographique (son volume estimé reste, somme toute, assez faible²⁷), mais elle constitue pour de nombreux ménages sénégalais la principale source de revenus.

2.3. Scolarisation : des progrès nettement insuffisants

Le Sénégal est parmi les pays les moins scolarisés et alphabétisés de la planète. La population adulte demeure majoritairement analphabète : 67 % des adultes de plus de 15 ans étaient dans ce cas en 1995 (UNESCO, 1995). Cette situation n'est guère différente de celle qui prévaut sur l'ensemble du continent africain où la proportion d'analphabètes est de 60 %, mais le pays accuse un retard important par rapport à l'ensemble du monde (30 % d'analphabètes). Le taux de scolarisation brut dans l'enseignement primaire constitue un autre indicateur montrant le retard enregistré dans le domaine de la scolarisation. Cependant, la situation semble légèrement s'améliorer : le taux de scolarisation dans le primaire est passé de 46 % en 1980 à 59 % en 1992 pour atteindre 68,3 % en 2000, mais reste encore loin du taux moyen observé en Afrique qui est de 73 % (UNESCO, 1995).

Le retard par rapport à l'ensemble du continent est moins manifeste en ce qui concerne la scolarisation dans le second degré. En effet, la proportion d'enfants scolarisés dans le second degré y est passée de 11 à 17 % en 1992 (proportion égale à celle de l'ensemble du continent africain) et 22,9 % en 2000²⁸. Dans l'ensemble, la croissance des effectifs scolarisés est supérieure à la croissance démographique (GRETAF, 1997). Les filles demeurent les parents pauvres du système scolaire : elles sont nettement moins scolarisées que les garçons et abandonnent leur scolarité en plus grand nombre. En effet, 55 % des garçons scolarisés ont la chance d'atteindre leur sixième année d'études, contre seulement 39 % des filles (GRETAF, 1997).

La disparité régionale est encore plus flagrante, la scolarisation est plus forte dans la capitale et au sud du pays, même si d'importants efforts sont entrepris ces dernières années pour réduire les écarts entre régions : la croissance des effectifs scolarisés est bien plus importante dans les zones jusque-là les moins scolarisées du pays. En effet, le taux de scolarisation atteint 88 % à Dakar et à Ziguinchor, alors qu'il est de 57 % pour l'ensemble du pays. À partir des résultats du recensement de 1988, on peut comparer les niveaux de scolarité atteints pour une même génération. Nous avons choisi les 20-29 ans, génération dont la plupart des membres ont terminé leur scolarité et sont prêts à s'insérer sur le marché du travail. À Dakar, un tiers des garçons de ce groupe d'âges n'a jamais fréquenté l'école et un peu moins de la moitié des filles (49 %). Environ 36 % de l'ensemble des jeunes gens et 23 % des jeunes filles entament des études secondaires (6 % des garçons vont dans le supérieur, 2 % des filles).

La scolarisation est un des domaines où la pression démographique se fait le plus ressentir, le taux de croissance de la population jeune étant plus élevé que celui de la population en général. L'investissement dans l'éducation est un défi permanent pour les familles et l'État. Cet investissement améliore à la fois la situation de l'individu et devrait favoriser l'accélération de la croissance économique en rendant la main-d'œuvre plus productive²⁹. Au niveau de l'État, la croissance démographique accroît le coût de l'élévation du niveau d'instruction (davantage d'années d'études pour plus de personnes). Plus la croissance démographique est élevée, plus le simple maintien des normes existantes pèse sur le budget national. En 1986, la Banque mondiale calculait pour le Sénégal, sur la période 1980-2025, que si l'État voulait généraliser la scolarisation, la part de l'éducation dans le budget de l'État doublerait (Banque mondiale, 1986).

²⁶ Seul 0,5% des Sénégalais en 1993 ont déjà séjourné dans un pays du Nord. Cette proportion est plus importante pour les hommes de 30-34 ans dont 2,2% ont déjà vécu en Europe ou en Amérique du Nord.

²⁷ C'est-à-dire un solde négatif annuel d'environ 30 000 à 40 000 personnes.

²⁸ Selon les statistiques du Ministère de l'Éducation (2000).

²⁹ À condition que des investissements productifs permettent la valorisation de ces ressources humaines.

2.4. Une large frange de la population reste démunie

Le PIB par tête au Sénégal était estimé en 1994 à 322 000 Fcfa par an (et à peu près la même valeur en 1998). Mais cette moyenne masque une grande inégalité dans la répartition des revenus. La pauvreté concerne surtout les campagnes puisqu'on estimait en 1994 qu'environ 40 % des ménages en milieu rural³⁰ vivent en dessous du seuil de pauvreté (2 651 Fcfa par personne et par mois pour le milieu rural) (Banque mondiale, 1994). A Dakar et en milieu urbain en général, d'après la même étude, on comptait environ 16 % des ménages pouvant être qualifiés de pauvres (seuil de 5 610 Fcfa à Dakar et 3 971 Fcfa dans les autres centres urbains). Cette étude a été conduite avant la dévaluation, qui n'a pas engendré la diminution escomptée des écarts de revenus entre ville et campagne³¹. Les disparités urbain-rural se sont même accrues puisqu'en 1998 on estime que 75 % des pauvres sont en zones rurales et que 58 % des ménages ruraux sont pauvres (Fall et Sylla, 2000). Il faut toutefois relativiser ces données, car il s'agit d'observations ponctuelles, effectuées une année donnée alors que les revenus agricoles peuvent fortement varier d'une année sur l'autre. Certaines régions du pays semblent davantage affectées par la pauvreté, en particulier Kolda, Fatick, Louga, Kaolack et Tambacounda.

À partir de données collectées en 1989 sur la possession de biens domestiques (Antoine *et al.*, 1995) une échelle de niveau de vie allant de 0 à 5 a été construite. À l'une des extrémités, on trouve, d'une part, ceux qui n'ont aucun bien domestique (ou tout juste un poste radio). Cette situation est vécue par plus de la moitié des ménages (52 %), ce qui montre le dénuement qui frappe une proportion importante des ménages dakarois. À l'autre extrémité, seulement 4 % des ménages possèdent la quasi totalité des biens domestiques mentionnés. La disparité des conditions de vie dans la capitale est donc importante. L'analyse des enquêtes ESAM (DPS, 1997a) et EDMC (DPS, 1997b), confirme dans les grandes lignes cette inégalité dans la répartition des revenus. En 1994, 7,5 % des ménages les plus riches concentrent 20 % des dépenses, et 46 % des ménages sont dans le dernier quintile des plus pauvres. En 1996, ces proportions sont respectivement de 6,7 % et 48 %. Les plus riches dépensent en moyenne 10 fois plus que les plus pauvres (Fall et Sylla, 2000). En 1996, en retenant le seuil de pauvreté de 1 \$ par personne et par jour, on compte environ 12 % de pauvres à Dakar, et au seuil de 2 \$ par jour, c'est 51 % de la population qui peut être considérée comme pauvre.

Les femmes appartenant à des ménages classés comme pauvres se marient plus jeunes (2 ans plus tôt que les non pauvres) ; elles entrent également plus tôt en vie féconde (18 ans³² contre 19 ans) et leur recours à des méthodes contraceptives modernes est trois fois moindre que les non-pauvres (5,3 % contre 15,8 %). Les femmes issues des milieux pauvres courent également plus de risques au moment de l'accouchement car elles connaissent des conditions de suivi de la grossesse et d'accouchement plus précaires (respectivement 49 % et 27 % pour les pauvres et les non pauvres sont considérées comme étant soumise à une maternité à risque) (Fall et Sylla, 2000). La pauvreté constitue donc un frein à l'amélioration des conditions de survie des enfants et des mères à la naissance. Le phénomène de malthusianisme de pauvreté mis en évidence en Amérique latine (Cosio-Zavala, 1994) n'affecte pas encore la population sénégalaise. Mais rien ne dit que ce phénomène ne puisse se produire, et le recul de l'âge au mariage, lié à la crise, en constitue peut-être les prémices.

Les politiques d'ajustement structurel mises en œuvre dès la fin des années 1970 ont entraîné d'importants déséquilibres sociaux. L'État a de plus de plus de difficultés à faire face à une demande sociale croissante. En matière d'emploi notamment, les contraintes budgétaires ont freiné

³⁰ Particulièrement dans les régions de Ziguinchor (53,6 %) et Kolda (57,1 %).

³¹ La dévaluation n'a pas permis une relance de la production agricole ; l'agriculture ne contribue que pour un peu moins de 8 % au PIB du Sénégal.

³² Il s'agit de l'âge médian.

les capacités de recrutement. Malgré la création de la Délégation à l'insertion et à la réinsertion (DIRE)³³, puis des organisations qui lui ont succédé, le chômage se situe aujourd'hui au niveau le plus critique de son histoire. Les mesures administratives sont rarement soutenues par des programmes économiques et financiers très concrets. Non seulement les jeunes sont sans emploi, mais leurs parents occupent une position instable sur le marché du travail. Dans un contexte de réduction des opportunités d'accès à un revenu régulier et suffisant, les modes de circulation des richesses au sein des familles ainsi que la prise en charge des plus démunis par les mieux nantis se trouvent remis en question. Les relations familiales, notamment intergénérationnelles, s'en trouvent nécessairement affectées.

2.5. Un mariage de plus en plus tardif

Le recul de l'âge au premier mariage est un des faits saillants de l'évolution des comportements socio-démographiques de la population sénégalaise, tout particulièrement dans les villes (tableau 2.3). L'âge minimum au mariage "civil" est fixé à 16 ans pour les filles et 20 ans pour les garçons (Code de la famille, 1990). Pour l'ensemble de la population féminine sénégalaise, l'âge médian au premier mariage³⁴ passe de 16,1 ans à 17,4 ans³⁵ (voir tableau 2.3). Le mariage devient surtout plus tardif en ville où seulement une femme sur deux est mariée à l'âge de 20 ans. Pour mieux mettre en évidence cette tendance, on peut retenir l'évolution de l'âge au mariage pour une même cohorte de jeunes femmes âgées de 25-29 ans au moment de chaque enquête. Entre 1986 et 1997, le changement est particulièrement rapide en ville. Pour ces jeunes citadines, l'âge au mariage progresse de 4,5 ans, passant de 18,8 ans à 23,3 ans, alors que leurs jeunes consœurs de la campagne passent d'un âge médian de 16 ans en 1978 à 16,7 ans en 1997. Le changement de comportement concerne particulièrement les jeunes femmes ayant suivi des études secondaires (ou plus) pour qui l'âge médian passe de 21,9 ans à 28,4 ans.

Tableau n° 2-3 : Âge médian au premier mariage et âge médian au premier rapport sexuel à différentes enquêtes (ensemble des femmes de 25-49 ans)

	1978	1986	1993		1997	
Niveau d'instruction						
Aucun	15,8	16	15,8	<i>15,8</i>	16,5	<i>16,6</i>
Primaire	21,6	18,7	19,3	<i>18,4</i>	19,6	<i>19,1</i>
Secondaire et plus		21,5	23,0	<i>21,1</i>	23,6	<i>22,3</i>
Milieu						
Urbain	18,3	17,6	18,2	<i>17,6</i>	19,6	<i>18,6</i>
Rural	15,6	16,0	15,7	<i>15,7</i>	16,3	<i>16,2</i>
Ensemble	16,1	16,4	16,2	<i>16,0</i>	17,4	<i>17,1</i>
<i>Les chiffres indiqués en italique correspondent à l'âge médian au 1^{er} rapport sexuel</i>						

Source : EMF 78 ; EDS I, II, III.

La proportion de jeunes femmes célibataires va en augmentant. Pour les 20-24 ans cette proportion était seulement de 14 % en 1978, elle augmente régulièrement et atteint 37 % en 1997 pour l'ensemble du Sénégal. A Dakar, à cette même date, 65 % de ces jeunes femmes sont encore célibataires. Chez les hommes, la proportion de célibataires varie de 35 % à 25-29 ans à 0,8 % dans le groupe d'âges 40-44 ans. Le calendrier du premier mariage est donc plus tardif, mais l'intensité de la nuptialité demeure élevée. A 35 ans, il n'y a pratiquement plus de femmes célibataires, le célibat définitif n'excédant pas les 5 %, tant pour les femmes que pour les hommes. Si le mariage est plus tardif, il n'est pas pour autant remis en cause. L'évolution rapide de la nuptialité marque la fin du

³³ Organisme chargé d'orienter les jeunes et les anciens travailleurs "déflattés" de la fonction publique vers d'autres secteurs de développement.

³⁴ De plus en plus, on retient comme indicateur de nuptialité l'âge médian au premier mariage qui donne l'âge où la moitié des femmes d'une même cohorte sont mariées.

³⁵ Il atteint même 20,3 ans à Dakar (EDS, 1997).

modèle classique de mariage précoce. Cette tendance n'est pas propre au Sénégal, elle est observée dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne pour lesquels on dispose de données (Hertrich et Pilon, 1997). Elle s'inscrit dans le cadre plus général d'un changement des rapports sociaux entre générations et entre hommes et femmes. Toutefois si l'âge au premier mariage recule, la pratique de la polygamie n'évolue guère : environ une femme mariée sur deux est dans une union polygame. Par le jeu combiné des divorces et des remariages, ce sont davantage de femmes qui se sont retrouvées (ou se retrouveront) à un moment de leur vie en union polygame. Ce type d'union concerne davantage les femmes rurales, mais il reste très présent en ville malgré les problèmes de logement que peut poser ce type d'union (Antoine, Djiré, Nanitelamio, 1998).

L'analyse comparée des résultats de plusieurs enquêtes démographiques et de santé (EDS) conduites en Afrique confirme le recul de l'âge au premier mariage. Ainsi on peut comparer l'évolution de l'âge médian d'entrée en première union pour deux générations différentes : les femmes ayant respectivement 40-44 ans et 25-29 ans au moment de ces enquêtes. Dans la plupart des pays enquêtés par les EDS, l'âge médian au premier mariage en milieu rural évolue très peu d'une génération à l'autre (environ une demi-année en 15 ans passant d'environ 17 ans à 17,5 ans), à l'exception de pays comme le Liberia, le Kenya et le Soudan où l'âge à la première union recule davantage. En milieu urbain, la variation est de plus grande ampleur (environ 1,6 ans) l'âge au premier mariage passant d'un peu moins de 18 ans à plus de 19,5 ans. Dans certains pays, la différence entre générations reste minime (Burkina Faso, au Togo, Côte d'Ivoire). Le Sénégal est parmi les pays d'Afrique de l'Ouest où l'âge médian en milieu urbain connaît la plus forte évolution passant de 17,7 ans pour la génération de 40-44 ans à 23,3 ans pour la génération des 25-29 ans³⁶ (EDS III).

2.6. Mariage et sexualité, une situation nouvelle

En augmentant la proportion de célibataires dans les groupes d'âges jeunes, le retard de l'entrée en union entraîne nécessairement une modification de la sexualité des jeunes générations. Dans l'ensemble, on observe un retard de l'entrée en vie sexuelle chez les femmes de 25-49 ans. En 1993 elles ont eu leur première expérience sexuelle à 16 ans et en 1997 à 17 ans. L'évolution est plus sensible dans les villes (17,6 ans en 1993 à 18,6 en 1997) que dans les campagnes (15,7 ans en 1993 et 16,2 en 1997). De même, à l'exception des femmes du milieu rural ou peu instruites pour lesquelles il y a une relative concordance entre l'entrée en première union et le premier rapport sexuel, pour la plupart des femmes, notamment celles qui sont éduquées et urbaines, la tendance est nette : le premier rapport sexuel a lieu 1 à 2 ans avant le premier mariage. Autrement dit, pour ces femmes, l'entrée plus tardive dans le mariage implique une vie sexuelle hors mariage pendant laquelle elles se trouvent exposées au risque de grossesses non désirées. En effet, si les EDS ont montré un retard de l'âge à la première naissance entre 1993 et 1997, les grossesses précoces demeurent fréquentes. En effet, en 1997, la moitié des femmes âgées de 25-49 ans ont eu leur premier enfant avant 20 ans.

On ne dispose malheureusement pas d'analyses similaires pour les hommes dans les EDS. Néanmoins, il semble que pour eux les tendances soient différentes. En effet, des études menées en milieu rural ont montré que l'entrée en vie sexuelle est devenue plus précoce chez les jeunes garçons. Ainsi par exemple, selon une étude menée à Niakhar, dans la région de Fatick en 1997, les hommes des générations 1949-53 ont eu leur première relation sexuelle à 21 ans alors que ceux nés entre 1969 et 1973 l'ont eue à l'âge de 18 ans (Delaunay *et al.*, 2001)³⁷. Si, comme on l'a vu pour l'ensemble du milieu rural sénégalais, l'âge au premier rapport sexuel ne subit pas de modification

³⁶ À l'opposé, on trouve des pays où la précocité du mariage perdure, l'évolution de l'âge étant plus faible comme le Niger (de 15,5 à 16,6 ans), le Mali (16,5 à 17,5 ans) voire le Burkina (17,8 ans à 17,9 ans).

³⁷ En revanche, à l'instar de ce que l'on observe au niveau national, l'âge au premier rapport sexuel des femmes en milieu rural ne change pas de manière sensible. Selon la même étude, les femmes nées entre 1969 et 1973 ont eu leur premier rapport sexuel à 17 ans, tout comme leurs aînées des générations 1949-53. Il tend même à évoluer à la hausse, suivant ainsi l'évolution de l'âge au premier mariage.

sensible chez les jeunes filles de Niakhar, la fréquence des rapports hors mariage, quant à elle, augmente (Delaunay, 1998). Ces changements se répercutent sur la fréquence des naissances hors mariage. A Niakhar, entre 1984 et 1997, en moyenne un quart des naissances de rang 1 sont conçues avant le mariage (Delaunay *et al.*, 2001). Ces évolutions sont fondamentales en matière de santé publique. Elles ont contribué à faire émerger les adolescents et les jeunes adultes non mariés comme une nouvelle population cible des programmes de santé de la reproduction.

Le recul de l'âge au premier mariage des femmes est souvent imputé à une série de facteurs liés plus ou moins directement à l'urbanisation : scolarisation plus importante des filles, activité des femmes, en particulier dans le secteur moderne de l'économie, adoption de nouveaux comportements et de nouvelles conceptions des relations sentimentales avant le mariage. Ces nouveaux modes de vie urbains sont des facteurs importants du retard de calendrier dans le premier mariage des femmes. Le mariage est un révélateur des nouveaux comportements sociaux qui se font jour en particulier dans les sociétés urbaines. L'urbanisation permet un élargissement de l'espace social de l'individu, le contrôle familial s'y affaiblit, l'homme comme la femme s'y affirme davantage. Si la liberté de choix du conjoint s'accroît, le marché matrimonial reste relativement segmenté à cause du fait ethnique et de la fragmentation sociale urbaine. On assiste à une "transition de la nuptialité" c'est-à-dire, que les plus jeunes générations adoptent des comportements différents de ceux de leurs aînés.

La scolarisation joue certes un rôle important dans le recul de l'âge au mariage, mais elle n'explique pas tout. Actuellement, en milieu urbain, même les femmes non scolarisées se marient plus tardivement que leurs aînées. On peut émettre l'hypothèse que la crise qui touche particulièrement les jeunes gens en restreignant leur accès à l'emploi, les conduit à différer leur mariage. En effet, de plus en plus d'hommes sont devenus non solvables et éprouvent des difficultés à s'acquitter du paiement des prestations matrimoniales (Antoine *et al.*, 1998). La crise peut aussi fragiliser les couples et accentuer le risque de divorce et la mobilité matrimoniale (Dial, 2000).

3. UNE VOLONTE POLITIQUE DE REDUIRE LE NIVEAU DE FECONDITE

De l'indépendance à la fin des années quatre-vingt, les actions et mesures prises par le gouvernement sénégalais dans le domaine de la population se focalisent essentiellement sur l'élaboration de politiques de santé publique basées sur les soins de santé primaire et d'aménagement du territoire. Ces mesures forment les prémices d'une politique de population nationale. Elles suscitent notamment une prise de conscience de la rigidité de l'appareil juridique et conduisent à l'adoption du code de la famille en 1973 ainsi qu'à l'abrogation en 1980 de la loi de 1920 sur la propagande anticonceptionnelle qui empêche le développement des programmes de planification familiale (Mbodj *et al.*, 1992)³⁸. Ces mesures constituent des avancées importantes pour la suite des politiques de population.

La politique de population adoptée en 1988, marque un pas décisif dans l'adhésion du Sénégal au principe de diminution du rythme de la croissance démographique. La déclaration de la politique de population sénégalaise prône une approche globale des problèmes de population, considérés comme des éléments incontournables pour la promotion du développement national. En effet, les principes retenus dans le document officiel soulignent "*la nécessité de considérer qu'il y a des relations d'interdépendance entre les variables démographiques et les facteurs économiques et socio-culturels, impliquant une approche intégrée du développement*" de même que "*la nécessité de*

³⁸ Pour en savoir plus sur les engagements du gouvernement sénégalais en matière de population depuis l'indépendance jusqu'à la déclaration de la politique de population de 1988, on pourra se référer à cet article.

considérer que la population est un élément fondamental dans les stratégies et les plans de développement et que le Sénégal a le droit et le devoir de résoudre ses problèmes démographiques nationaux” (DPRH, 1997 : 10)³⁹. La période qui suit la sortie officielle de la déclaration de la politique de population au Sénégal est consacrée essentiellement à la conception des supports institutionnels, appuyée en grande partie par les Programmes d’assistance du Fonds des Nations Unies pour la Population.

Les années 90 vont être l’occasion de confronter les principes émis officiellement aux différentes facettes de la réalité sénégalaise. Les réflexions donnent lieu à de nombreux bilans sectoriels, à des revues à mi-parcours des programmes et à des recommandations pour les années à venir. La Conférence internationale sur la Population et le Développement qui s’est tenue au Caire en 1994 constitue une étape importante. Elle met au goût du jour de nouvelles priorités ratifiées, pour la plupart, par de nombreux pays africains, dont le Sénégal et conduit à des réorientations nécessaires des programmes. De nouveaux concepts, parmi lesquels celui de la santé de la reproduction, de même que de nouvelles populations cibles sont mis sur le devant de la scène : notamment les jeunes adultes et les adolescents. Au Sénégal en particulier, un Programme National de Santé de la Reproduction est élaboré dès 1996. La Santé de la Reproduction est placée comme orientation n°5 dans le Plan national de développement Sanitaire et Social du ministère de la Santé pour la période 1998-2007 (FNUAP, 1999b).

Les programmes de population connaissent un démarrage laborieux, freinés en grande partie par un contexte économique et social difficile qui compromet la concrétisation du principe population/développement. En effet, la faiblesse des performances économiques au Sénégal au début des années 1990, la forte croissance démographique et l’aggravation des déséquilibres régionaux, les programmes d’ajustement structurel (1980-1992), l’appauvrissement des fonds publics et les mesures d’ajustement monétaire ont retardé la mise en œuvre des principes retenus dans la déclaration officielle de la politique de population. Les ressources allouées par l’État pour la réalisation du premier programme d’actions et d’investissements prioritaires en matière de population (PAIP⁴⁰) s’avèrent insuffisantes : sur les 19 milliards de francs CFA estimés nécessaires pour la réalisation du PAIP, un peu moins de 2,5 milliards⁴¹ sont effectivement alloués par l’État (FNUAP, 1998).

Outre les données macro économiques peu favorables, l’examen des programmes lancés par le gouvernement, le FNUAP et la Banque mondiale met en lumière d’autres sources de limitation dont les principales sont le manque d’opérationnalisation des organes de coordination et de mise en œuvre de la politique de population, un cadre juridique et réglementaire inadéquat, une offre insuffisante de services de qualité, une sous-utilisation des services disponibles et la non prise en compte de l’approche genre dans les programmes sectoriels. La plupart des objectifs fixés et des stratégies mises au point n’auront finalement guère l’occasion de prouver toute leur efficacité. Les chiffres soulignent les difficultés auxquelles les promoteurs de la politique doivent faire face : en décembre 1995, seulement 57 % du montant total de l’assistance du FNUAP ont été dépensés (FNUAP, 1998).

³⁹ Outre l’élaboration de la politique nationale de population qui représente le fait le plus marquant, il convient de citer également la volonté de mise en place d’un système d’information (recensements démographiques, enquêtes démographiques et de santé, amélioration du système d’état civil, renforcement de la recherche et des études dans le domaine de la population, etc.).

⁴⁰ Le PAIP constitue le cadre de mise en œuvre de la politique de population. Il se présente sous la forme d’un programme multisectoriel comprenant 17 projets répartis en cinq volets : Information, Education et Communication (IEC), santé maternelle et infantile/planification familiale (SMI/PF), la dynamique de la population, les programmes spéciaux (promotion des femmes, des jeunes, réinsertion des émigrés), enfin un programme de soutien, d’évaluation et de coordination du PAIP (FNUAP, 1998).

⁴¹ Les 2,42 milliards de francs CFA alloués au secteur de la population concernent les activités de SMI/PF, la promotion des groupes cibles femmes, jeunes, les études, la recherche et la collecte (FNUAP, 1998).

Au bout du compte, face au désengagement de l'État sénégalais, les programmes de population ont reposé essentiellement sur les initiatives prises par les bailleurs de fonds internationaux (FNUAP, Banque mondiale, USAID, UNICEF, OMS) et les ONG. Contrairement au principe d'une approche globale des problèmes de population, davantage d'actions concrètes ont été menées dans les secteurs de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale⁴². En matière de planification familiale précisément, les prévisions tablaient sur une extension relativement rapide de la contraception (taux de prévalence contraceptive moderne de 39 % en 2001). Nous allons voir que malgré des progrès certains, le Sénégal reste encore loin de telles prévisions.

3.1. Les programmes de planification familiale en question

Si l'on compare les niveaux de prévalence contraceptive du Sénégal à ceux des autres pays de la sous-région où la pratique de la contraception est assez peu répandue, le pays figure en tête de liste. Il n'en demeure pas moins que contrairement à ce que l'on pourrait croire, eu égard à la tendance générale à la baisse de la fécondité dans le pays, la pratique contraceptive au Sénégal, demeure assez faible. Ceci est d'autant plus surprenant si l'on tient compte des nombreuses dispositions prises par le gouvernement et le secteur privé pour favoriser le recours à la planification des naissances dans le pays au cours des deux dernières décennies.

Dès 1980, le gouvernement sénégalais opte pour le principe de "bien-être familial" qui se concrétise par l'intégration de programmes et services modernes de planification familiale (PF) aux services de santé maternelle et infantile (SMI). Cette même année, la loi de 1920 interdisant la propagande anticonceptionnelle et l'usage des contraceptifs est abrogée. Un premier projet financé par l'USAID (Santé familiale et Population) est lancé en 1981 sur six régions du pays. L'année suivante, le Projet Bien-être familial financé par le FNUAP est créé afin de couvrir les 4 autres régions.

La décennie 80 est marquée par ces deux principaux projets cohabitant avec plusieurs ONG dont l'Association Sénégalaise de Bien-être Familial (ASBEF). Les actions menées alors souffrent d'un manque de coordination et d'harmonisation que le gouvernement sénégalais va tenter de pallier en créant en 1991 le Programme National de Planification Familiale (PNPF). Dès le début des années 1990, les activités du secteur public en matière planification familiale sont appuyées par les ONG dont l'ASBEF, mais aussi Santé Familiale (SANFAM), auxquelles viendront s'adjoindre de nombreuses autres. D'autres agences privées vont également intervenir pour soutenir les activités du PNPF, comme la Banque mondiale, The Population Council, Family Health International, Futures Group, notamment.

En 1994, sur les 180 points de prestations de services de planification familiale recensés dans les dix régions du Sénégal, près de la moitié (47%) sont localisés à Dakar. Outre un déséquilibre flagrant entre la capitale et le reste du pays en matière d'offre de services dans ce domaine, on dénote également des lacunes en matière de qualité du service offert : manque de formation du personnel, manque de matériel, faiblesse de l'information à l'attention des utilisateurs, accès restrictif parfois, disparité des prix des contraceptifs, etc. Ce constat va inciter le ministère de la Santé et de l'Action Sociale à orienter ces actions vers une meilleure intégration de la planification familiale aux services de santé maternelle et infantile dans un premier temps. Le Projet Survie de l'Enfant / Planification Familiale financé par l'USAID soutient cette initiative, il comprend notamment un important volet d'appui aux municipalités dans un souci de décentralisation des activités dans le domaine.

⁴² Secteurs regroupés sous le terme de santé de la reproduction.

3.2. La pratique contraceptive : des résultats mitigés

Le recours à la contraception moderne augmente nettement parmi les femmes mariées au cours des années 1990. En effet, en 1997, il est trois fois plus élevé qu'en 1986, lors de la première EDS qui enregistrait alors un taux de 2,4 %. L'intérêt pour la maîtrise de la fécondité est réel, même en milieu rural (Delaunay et Becker, 2000). La prévalence contraceptive moderne reste néanmoins relativement faible. En 1999, 10,5 % des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception quelconque dont 2,3 % un moyen traditionnel et seulement 8,2 % un moyen moderne ; les méthodes les plus prisées étant la pilule (3,2 %), et les injections (2,3 %).

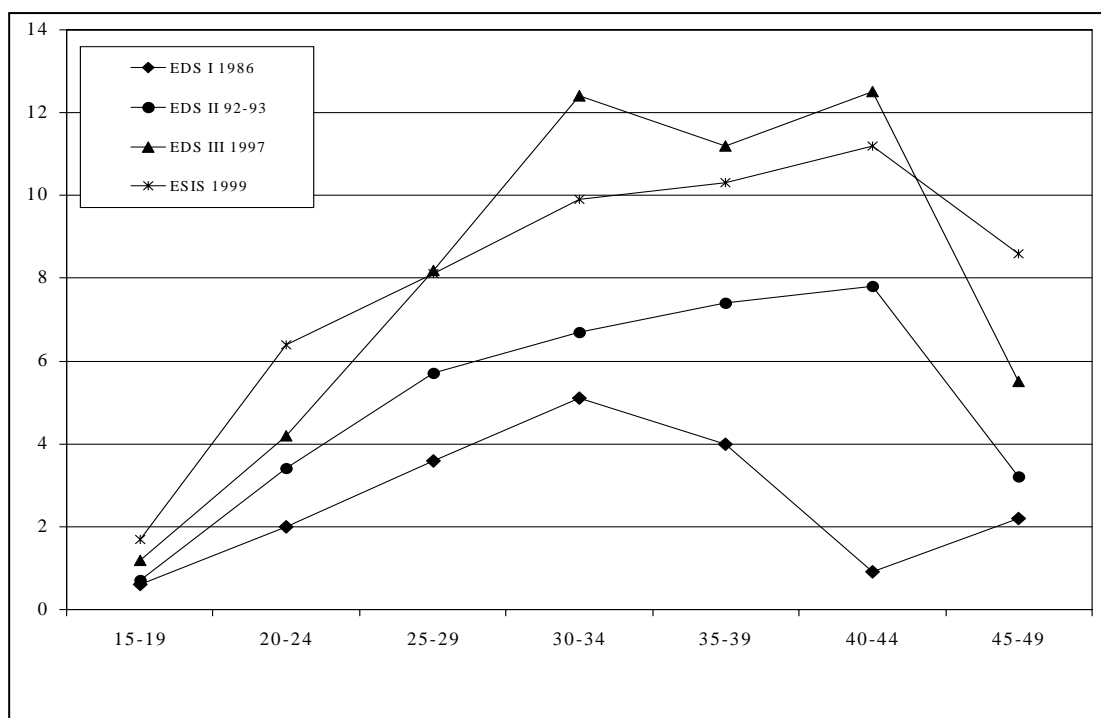
Les progrès en matière de planification des naissances sont plus sensibles dans les villes. En effet, l'usage de la contraception moderne chez les femmes mariées passe de 6,7 % en 1986 à 19,3 % en 1997 en milieu urbain, alors que dans la même période, l'augmentation est nettement plus faible dans les zones rurales : 0,3 % à 2,1 %. Les taux peuvent varier considérablement d'une région à l'autre. Comme on peut s'y attendre, c'est à Dakar que la pratique de la contraception moderne est la plus répandue puisque 21 % des femmes en union y ont recours en 1997. Les régions identifiées comme celles où les femmes sont les plus fécondes s'avèrent être celles où la pratique contraceptive est très faible. À Tambacounda, notamment, la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes mariées ne dépasse pas 2 % en 1997. Ainsi, l'utilisation de la contraception moderne est-elle fortement liée au lieu de résidence. Elle est également très dépendante du niveau d'instruction : en 1997, 34,5 % des femmes mariées instruites au niveau secondaire recourent à un moyen moderne de régulation des naissances contre 4 % parmi celles qui n'ont aucune instruction.

Les progrès réalisés en matière de contraception moderne parmi les femmes sénégalaises, mariées ou non, sont perceptibles à tous les âges (figure 2). Entre 25 et 44 ans, l'augmentation du recours à un moyen moderne de contrôle des naissances est particulièrement prononcée d'une enquête à l'autre, surtout après 1992-93. Au-delà, les femmes semblent avoir peu modifié leur comportement. Cependant, avant 25 ans, la prévalence contraceptive moderne s'est accrue de manière non moins significative, ce qui atteste de l'émergence d'une nouvelle clientèle des services de planification des naissances, autres que les femmes mariées, mais aussi certainement d'un meilleur ciblage des jeunes par les programmes de PF. En effet, l'émergence de cette nouvelle population cible a fait naître une prise de conscience de la nécessité de développer des programmes spécifiques visant à mieux informer les jeunes sur les questions touchant aux problèmes de santé reproductive. Ces initiatives entrent par ailleurs dans le cadre des recommandations émises lors de la Conférence internationale sur la Population et le Développement de 1994, ratifiées par le Sénégal. Plusieurs mesures ont été prises à l'endroit des jeunes telles que l'exécution du Projet de promotion des jeunes du ministère de la Jeunesse qui prévoit la mise en place de centres de conseil et tout particulièrement l'introduction de programmes d'Éducation à la vie familiale dans le système éducatif formel. Cette dernière initiative est animée par le Groupe d'étude et d'enseignement de la population (GEEP), ONG dont les activités de sensibilisation, d'animation et de mobilisation sociale ont touché plus de 30.000 jeunes des cycles moyen et secondaire de l'enseignement (Diop, 1999).

Figure n° 3-1 : Proportion de femmes utilisant un moyen moderne de contraception, selon l'âge à différentes enquêtes

Les efforts déployés par le gouvernement et le secteur privé pour accroître les connaissances des femmes par le biais des programmes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) ont contribué à informer les femmes sur les méthodes existantes. En vingt ans, la proportion de femmes connaissant au moins un moyen moderne de contraception est passée de 67,2 % à 85 %. Pourtant, bien qu'en augmentation, la relative faiblesse de la prévalence contraceptive atteste de l'effet mitigé des programmes de planification familiale au cours des deux dernières décennies.

Le recours à l'avortement provoqué est un autre indicateur des lacunes des programmes de planification familiale. On ne dispose souvent que d'un aperçu partiel du phénomène du fait de la rareté des statistiques autres qu'hospitalières. Par exemple, à Pikine en 1986, 30 % des femmes



ayant connu au moins une grossesse ont fait l'expérience de l'avortement (Diouf, 1994). Des études menées dans différentes structures médicales publiques et privées soulignent le caractère non négligeable d'une telle pratique dans la population des jeunes célibataires (CEFOREP, 1998a ; 1998b). Notamment, une étude menée en 1993-1994 dans plusieurs hôpitaux de Dakar et des environs mentionne que 19 % des avortements en milieu hospitalier sont des avortements provoqués clandestins.

3.3. Vers de nouvelles orientations

Le IX^e Plan d'Orientation pour le Développement économique et social (1996-2001) joue un rôle déterminant pour la prise en compte des différentes leçons acquises dans l'intervention en matière de population et développement (FNUAP, 1999). C'est en effet sur la base des objectifs fixés dans ce plan que le deuxième Programme d'Actions et d'Investissements prioritaires en matière de Population ainsi que le Programme National de Lutte contre la Pauvreté vont fonder leurs orientations. Sur les neuf axes stratégiques définis, quatre se trouvent directement liés à la mise en œuvre des objectifs du programme d'assistance du FNUAP ; il s'agit du renforcement du secteur privé et des ONG, de l'amélioration de la qualité des interventions de l'État dans la fourniture des services et infrastructures de base, de l'adoption de la stratégie de décentralisation et du processus

de régionalisation, de la poursuite de la mise en valeur des ressources humaines et de l'atténuation des tendances démographiques défavorables.

Le gouvernement sénégalais procède à une réactualisation de la politique nationale de population (DPRH, 2000). La nouvelle politique, tout en poursuivant les grands objectifs de la précédente s'efforce d'en affiner la mise en œuvre en tirant les leçons des expériences des deux dernières décennies. Il existe aujourd'hui un consensus général sur la nécessité d'appuyer la régionalisation, de renforcer l'accès aux services de planification familiale des jeunes, en mettant l'accent notamment sur les programmes d'Information Éducation Communication. La mise à jour des données démographiques nationales grâce au recensement en 2001 de la population sera un outil essentiel pour mieux orienter les politiques de développement et affiner les perspectives de population.

3.4. Les perspectives de population : 17 millions de sénégalais en 2025 ?

On dispose de plusieurs jeux de perspectives de population concernant le Sénégal : Nations Unies, ministère du Plan (voir tableau 6), Direction de la Prévision et de la Statistique, Banque mondiale, etc. Par exemple, selon les estimations de la Banque mondiale, l'hypothèse moyenne donne une population de 23,3 millions d'habitants en 2050 (estimation voisine de celle des Nations Unies). Si la fécondité baisse moins vite ou plus vite que prévu le Sénégal compterait, selon l'hypothèse haute ou basse, entre 28,8 et 16,3 millions d'habitants en 2050. On mesure la différence d'effectif qu'entraîne un changement ou non des comportements de reproduction. Pour l'instant l'évolution semble légèrement en retrait par rapport aux tendances de l'hypothèse moyenne.

Tableau n° 3-1 : Estimation de la population et de certains indicateurs démographiques sur le long terme selon deux sources (Nations Unies et DPRH)

	2000	2010	2025	2050
Estimation Nations Unies				
Population (en millions)	9,4	12,2	16,7	22,9
Nombre d'enfants par femme	5,3	4,4	3,0	2,1
Espérance de vie (en années)	53,5	57,6	63,7	71,6
Taux d'accroissement naturel (en %)	2,6	2,4	1,8	1,1
Densité (hab/km ²)	48	62	85	116
Estimation DPRH				
Population (en millions)	9,7	12,5	17,3	
Nombre d'enfants par femme	5,2	4,2	3,1	
Taux de prévalence contraceptive (en %)	12,9	24	36	
Espérance de vie (en années)	56	60	66	
Taux d'accroissement naturel (en %)	2,7	2,5	1,8	

À partir des projections des Nations Unies, et document provisoire de politique de population (2000). Il s'agit de l'hypothèse moyenne pour chacune des estimations.

Toutes les prévisions présentées tablent sur une baisse importante de la fécondité. Malgré ce net ralentissement de la croissance, la population du pays va s'accroître considérablement. En 2000 le Sénégal se situe au 80^{ème} rang des nations selon la taille de la population (entre la Tunisie et la Zambie). En 2010, selon les perspectives des Nations Unies, il sera au 71^{ème} rang juste avant Cuba. En 2025 il précédera le Cambodge et enfin en 2050⁴³, si les paramètres de croissance sont toujours valables, il occupera le 64^{ème} rang entre deux pays : l'Australie et le Chili. On le voit, même si la politique de population du Sénégal réussit, la contrainte démographique ne sera pas entièrement levée pour autant.

⁴³ À cette date, la plupart des élèves sénégalais d'aujourd'hui seront des "retraités" qui n'auront guère eu les moyens de se constituer un pécule.

CONCLUSION

La baisse de la fécondité au Sénégal s'est effectuée dans un contexte d'amélioration des conditions sanitaires, grâce notamment aux programmes de santé maternelle et infantile et en particulier aux différents programmes de vaccination qui ont permis une diminution sensible de la mortalité des enfants et un allongement de l'espérance de vie à la naissance. Toutefois, l'Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS) réalisée en 1999 fait état d'une hausse de la mortalité infantile et juvénile au cours de la dernière décennie (ESIS, 2000), marquant peut-être un renversement de tendance, lié à une dégradation relative des conditions sanitaires. En dépit de ce changement de contexte, la baisse de la fécondité au Sénégal se poursuit⁴⁴. Par ailleurs, la disparité entre milieu urbain et milieu rural se maintient en ce qui concerne la mortalité et s'amplifie dans le domaine de la fécondité.

Dans une certaine mesure, la tendance générale à la baisse de la fécondité observée au Sénégal, répond aux attentes des politiques qui, dès la fin des années 1980, avaient opté officiellement en faveur d'une limitation de la croissance démographique du pays. Cependant, les mécanismes par lesquels cette baisse s'est opérée semblent assez indépendants des mesures politiques mises en place dans le pays. Les estimations étaient à la fois trop optimistes et pessimistes. En 10 ans, la situation a évolué plus vite que prévu dans le domaine de la fécondité sans toutefois que soient atteints les objectifs de prévalence contraceptive. Les prévisions tablaient notamment sur une extension relativement rapide de la contraception, nous en sommes encore loin puisque, comme on l'a vu, le taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) atteint à peine 9 % en 1999 (11 % en 1997) et seulement 7 % pour les méthodes modernes. Pourtant dès 1997 l'indice synthétique de fécondité avait atteint 5,7 enfants par femme et 5,2 en 1999 selon les derniers résultats disponibles. La fécondité baisse à un rythme relativement soutenu, alors que la pratique contraceptive tarde à se répandre. Autrement dit, la prévalence contraceptive ne peut suffire à rendre compte de la baisse de fécondité observée au cours des dernières années. D'autres processus entrent en ligne de compte. Ceux-ci renvoient à l'urbanisation et à des changements d'ordre sociologique liés au contexte de crise économique. La baisse de la fécondité au Sénégal n'est par conséquent pas seulement le fruit d'une volonté politique, elle est aussi le résultat de changements socio-économiques profonds qui se poursuivent aujourd'hui.

L'urbanisation et la crise actuelle que traverse le Sénégal sont à même de faire davantage ressentir aux familles la charge financière que représentent les enfants. Il y a un renversement très net du sens des transferts intergénérationnels lié aux difficultés d'insertion économiques des jeunes qui restent de plus en plus longtemps à la charge des aînés, particulièrement en ville. Ainsi à Dakar, en 1989, seulement 24 % des hommes de la génération 1955-64 avaient acquis une autonomie financière et résidentielle à l'âge de 25 ans, alors que cette proportion était respectivement de 30 % et 37,5 % pour les deux générations décennales précédentes⁴⁵ (Antoine, Razafindrakoto, Roubaud, 2001). Cette dépendance accrue des jeunes en ville et souvent sur une longue période remet profondément en cause la perception des "coûts et bénéfices" d'une descendance nombreuse. Quelle prise en charge de ses vieux jours peut espérer un père de 60 ans qui voit ses enfants chômeurs rester dans la maison familiale bien après l'âge de 30 ans ? La prise de conscience d'un tel retournement de situation contribue aussi à faire baisser de la fécondité en favorisant l'aspiration à une descendance moins nombreuse parce que celle-ci n'offre désormais plus les retombées attendues, tout au moins en ville.

Le bilan de la politique de population est mitigé. D'un côté, elle a échoué dans l'opérationnalisation d'une prise en compte conjointe des problèmes de population et de développement du pays à cause

⁴⁴ Le même constat est fait dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire en particulier.

⁴⁵ On trouve un phénomène du même type à Yaoundé où la proportion passe de 36 % pour les générations plus âgées à 27 % pour la plus jeune.

du contexte économique difficile qui, très tôt dans l'élaboration de la politique, a privé l'État des moyens de mettre en œuvre ses programmes. Les interventions les plus significatives sont alors revenues aux instances internationales, aux ONG et associations. Les efforts menés dans le domaine se sont souvent concentrés sur l'amélioration de la santé reproductive des femmes et des jeunes, mettant l'accent sur l'utilisation des méthodes contraceptives. Ainsi, malgré les intentions initiales de ne pas réduire la politique de population à la mise en œuvre et au renforcement des programmes de planification des naissances, force est de constater que ce secteur a été nettement favorisé. Il correspond à lui seul à 54 % de la contribution totale du FNUAP pour la période 1992-1996 (FNUAP, 1998).

Pour autant, on a vu que l'évolution de la pratique contraceptive n'a pas donné les résultats escomptés. La diffusion des comportements de limitation des naissances s'est heurtée à des barrières socioculturelles dans une population encore largement dominée par une idéologie pronataliste et où les valeurs religieuses, bien ancrées, rendent difficile la diffusion des principes tels que le recours à la planification des naissances, l'amélioration du statut des femmes, un plus grand accès des jeunes aux services de santé reproductive, etc. Comme le soulignaient déjà certains auteurs en 1992, d'autres barrières culturelles comme le faible niveau d'instruction des femmes et leur degré d'analphabétisme élevé, rendent également difficiles les avancées dans le domaine (Mbodj *et al.* 1992). Enfin, l'idéologie sous-jacente des principes prônés par les agences internationales qui place le couple, voire la femme uniquement, au centre des décisions en matière de fécondité est peu adaptée au contexte sénégalais où les hommes sont encore largement identifiés comme les principaux détenteurs du pouvoir dans ce domaine et où les logiques communautaires de reproduction sont encore prégnantes.

De plus, les programmes de planification familiale sont inséparables des conditions économiques qui prévalent dans le pays. Les groupes sociaux les plus démunis développent des stratégies de survie dans lesquelles la participation d'un nombre important d'individus est indispensable pour accroître la production familiale. Cela se vérifie notamment dans les zones rurales (Adjamagbo et Delaunay, 1998). L'amélioration des conditions de vie doit être perçue aussi comme un préalable à l'acceptation de la planification familiale.

Les nouvelles orientations en matière de politique de population sont prometteuses mais une fois de plus, leur portée ne restera-t-elle pas partielle ? Les moyens dont disposent les instances d'exécution sont souvent insuffisants. La mesure de décentralisation des compétences à l'avantage des régions est en soit une manière efficace de re-dynamiser les activités en donnant plus de marge de manœuvre aux collectivités locales ; mais celles-ci n'ont souvent pas de moyens financiers attribués pour mener à bien leurs projets. Une telle situation ne risque-t-elle pas de perdurer ?

On doit néanmoins se garder d'émettre des conclusions pessimistes. Si les résultats concrets sont insuffisants, l'avenir est encore porteur d'espoir. Malgré tout, les vingt dernières années ont été l'occasion de faire l'expérience des difficultés et des écueils à éviter. Les mentalités ont également avancé vers une acceptation plus franche du principe d'un contrôle de la croissance de la population. Les vieilles méfiances au sein des pouvoirs politiques à l'égard d'un concept d'origine importée se sont par ailleurs estompées. Les structures mises en place sont désormais davantage en adéquation avec les attentes d'une population qui a modifié ses comportements et dont les références évoluent vers des modèles novateurs.

Après plusieurs années de préparation et de mise en œuvre de la politique de population, de grands défis se posent encore au gouvernement sénégalais. La faiblesse des performances économiques du pays face à un accroissement particulièrement rapide de la population pose de sérieux problèmes de couverture des besoins sociaux incompressibles. Même si l'État parvient à faire ralentir la croissance démographique, les effets d'un tel succès mettront du temps à se faire ressentir. Avant

même de penser en termes d'amélioration de la qualité de vie des populations, il faudra d'abord mobiliser les ressources financières suffisantes pour couvrir les besoins essentiels urgents d'une population jeune qui aspire à des conditions de vie décentes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adjamagbo, A., Delaunay V. (1998), La crise en milieu rural ouest-Africain : Implications sociales et conséquences sur la fécondité, Niakhar (Sénégal), Sassandra (Côte d'Ivoire), deux exemples contrastés, in GENDREAU (F) *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*. Paris, Éditions ESTEM, Coll. Universités Francophones de l'UREF : 339-355.

Adjamagbo A., Guillaume A. et Koffi N., (1999), *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*. Paris : Éditions de l'IRD, 165 p.

AJBILOU A. (1999), La baisse de la fécondité au Maghreb. Paris : *Chronique du CEPED*, n°35 : 1-3.

ANTOINE Ph., BOCQUIER Ph., FALL A. S., GUISSÉ Y. M., NANITELAMIO J. (1995), *Les familles dakaroises face à la crise*. Dakar, Paris : ORSTOM-IFAN-CEPED, 209 p.

Antoine Ph., Djiré M. et Nanitelamio J. (1998), Au cœur des relations hommes-femmes : polygamie et divorce, in : Ph. ANTOINE, D. OUEDRAOGO et V. PICHE (éd.), *Trois générations de citadins au Sahel* : 147-180. Paris : L'Harmattan, 281 p.

ANTOINE Ph., MBODJI F. G. (1991), La mortalité des enfants au Sénégal : une synthèse des données, *Étude de la population africaine*, n° 5 : 18-35.

ANTOINE Ph., MBOUP G., (1994), Sénégal. *Urbanization in Africa. A Handbook*, édité par TARVER J. D. Connecticut : Greenwood Press, Westport : 279-297.

ANTOINE Ph., RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F. (2001), : Contraintes de rester jeune ? Évolution de l'insertion dans trois capitales africaines : Dakar, Yaoundé, Antananarivo. *Autrepart n°18 " Les jeunes: hantise de l'espace public dans les sociétés du Sud ? "* : 17-36.

BA A., SARR I. (1990), *Migration et urbanisation au Sénégal*. Bamako : Cerpod, 110 p.

BANQUE MONDIALE (1986), *Croissance démographique et politiques de population en Afrique subsaharienne*. Washington : Étude de politique générale, 110 p.

BANQUE MONDIALE (1994), *Sénégal, Évaluation des conditions de vie*.

BOCQUIER Ph., TRAORE S. (2000), *Urbanisation et dynamique migratoire en Afrique de l'Ouest*. Paris : L'Harmattan, 148 p.

Ceforep, (1998a), *Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées à un avortement incomplet*. Dakar : CEFORÉP-JHPIÉGO-CHU Le Dantec.

Ceforep, (1998b), *Revue de la littérature sur les avortements à risque au Sénégal*. Dakar : CEFORÉP-JHPIÉGO-CHU Le Dantec.

Code de la famille annoté (1990), Éditions juridiques africaines, Dakar, 441 p.

- Cosio-Zavala M. E. *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*. Paris : L'Harmattan,
- DELAUNAY V. (1994), *L'entrée en vie féconde*. Les Études du CEPED n°7, Paris, 326 p.
- DELAUNAY V. (1998), Sexualité et fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural sénégalais. Les transitions démographiques des pays du Sud. AUPELF-UREF. INSEA, Rabat, à paraître 16 p.
- DELAUNAY V., ENEL C., LAGARDE E., DIALLO A., SECK K., BECKER C. et PISON G. (2001), Âge au premier rapport : Validité et résultats en milieu rural africain, *Les dossiers du Ceped*, Paris, à paraître.
- DELAUNAY V., BECKER C. (2000), Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais, in *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud* édité par PILON M. et GUILLAUME A., 321 p., Paris, IRD Éditions : 127-146.
- DIAL F. B. (2000), *Promotion sociale et économique après divorce à Dakar*. Mémoire de DEA, Département de sociologie, Dakar : Université Cheikh Anta Diop, 91 p.
- DIOUF P. D. (1994), L'avortement à Pikine, in *La population du Sénégal* sous la direction de Y. CHARBIT et S. NDIAYE, 618 p. Paris : DPS-CERPAA : 409-418.
- DIOP A. B. (1999), Évaluation du sous-programme " Population et stratégie de développement ". Rapport final, Dakar, 78 p.
- FALL S., SYLLA M.B. (2000), *Évolution de la pauvreté au Sénégal*, Distribution des revenus, pauvreté, Bien-être, CIPRE, DIAL, CREFA.
- FNUAP (1998), *Examen des programmes et définition des stratégies (EPDS)*. Dakar : 65 p.
- FNUAP (1999), *Revue à mi-parcours. Document de synthèse*. Dakar : 38 p.
- GREGORY, J.W., PICHE V. (1986), Démographie, impérialisme et sous-développement: le cas africain. In *Démographie et sous-développement dans le tiers-monde* : 11-46.
- GRETAF (1997), *L'éducation de base pour tous en Afrique francophone subsaharienne : bilan et perspectives*. Paris.
- HERTRICH V., PILON M., (1997), *Transitions de la nuptialité en Afrique*. Paris, CEPED, 27 p. (Rapport de recherche, n° 15).
- JAMES D., RAFFINOT M. (1998), *Revue de la situation économique au Sénégal*. Ministère des Affaires Étrangères, Coopération et francophonie, 49 p.
- Kodio B., De Bernis L., Ba M., Ronsmans C., Pison G., Etard J.F. (2001), Levels and causes of maternal mortality in rural areas in Senegal, *Tropical Medicine & International Health* (à paraître).
- LAGARDE E., AUVERT B., CARAËL M. *et al.* (2000), Concurrent partnership and HIV epidemic in five urban populations of sub-saharan Africa. Conference on *Partnership networks and spread of HIV and other infections*, February 6-9 2000, Chiang-Mai (Thaïlande).
- LOCOH T., MAKDESSI Y. (1995), Baisse de la fécondité : la fin de l'exception africaine. *La chronique du Ceped*, n° 18 : 1-4.

- MAINET G. (1988), *La dynamique démographique des villes sénégalaises*. Département de géographie, Université de Dakar, 21 p.
- MBODJ M., MANE B., BADIANE W. (1992), Population et “ développement ” : quelle politique ? in *Sénégal, Trajectoires d'un État* sous la direction de M.C. DIOP, 500 p., Dakar, Codesria : 177-204.
- MBODJI F.G. (1989), Interprétation des résultats préliminaires du recensement général de la population et de l'habitat de 1988 au Sénégal. *Historiens géographes du Sénégal*. Dakar : n°4-5 p. 12-18.
- MBOUP G. (1992), *Recherche des déterminants socio-économiques et culturels de la fécondité au Sénégal à partir de l'Esf (1978) et l'Eds (1986)*. Thèse de doctorat, université de Montréal, collection de thèses et mémoires n°31.
- MBOW L. S. (1992), Les politiques urbaines : gestion et aménagement in *Sénégal, Trajectoires d'un État* sous la direction de M.C. DIOP, 500 p., Dakar, Codesria : 205-231.
- MEDA N., NDOYE I., M'BOUP S., WADE A., NDIAYE S., NIANG C., SARR C., DIOP I., CARAËL M. (1999), Low and stable HIV infection rates in Senegal : natural course of the epidemic or evidence for success of prevention? *AIDS*, 13 : 1397-1405.
- Ministère de l'Economie et des Finances (Direction de la statistique) (1981), *Enquête sénégalaise sur la fécondité. 1978*. Dakar : Volume I, 148 p. + 70 p. Annexes.
- Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan (Direction de la Prévision et de la Statistique) ; DHS – Macro International (1988), *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1986*. Dakar, 173 p.
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (Direction de la Prévision et de la Statistique) ; DHS – Macro International (1994), *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1992-93 (EDS II)*. Dakar : Calverton, 284 p.
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (Direction de la Prévision et de la Statistique) ; DHS – Macro International (1998a), *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1997 (EDS III)*. Dakar : Calverton, 238 p.
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (Direction de la Prévision et de la Statistique) ; DHS – Macro International (1998b), *Santé familiale et Population. Région de Dakar*. Dakar: Calverton, 53 p.
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (Direction de la Prévision et de la Statistique) (1992), *Structure par sexe et par âge en 1988 et projections de 1989 à 2015*. Dakar : 30 p.
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (Direction de la Prévision et de la Statistique) (1997a), *Enquête sénégalaise auprès des ménages, ESAM. Rapport de synthèse*, Dakar : 177 p.
- Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (Direction de la Prévision et de la Statistique) (1997b), *Enquête sur les dépenses des ménages de la capitale – EDMC. Rapport national*. Dakar : 41 p. + annexes.
- Ministère de l'Économie des Finances et du Plan (Direction de la Planification des Ressources Humaines) (1997), *Déclaration de la politique de population (adoptée en 1988)*. Dakar : 21 p.

Ministère de l'Économie et des Finances et du Plan (Direction de la Prévision et de la Statistique) ; CERPOD (1998), *Enquête sénégalaise sur les migrations et l'urbanisation*. Bamako : Cerpod, 168 p.

Ministère de l'Économie et des Finances, (Direction de la statistique) ; DHS - Institute for Resource Development/Westinghouse, Sd, *Fécondité, planification familiale et santé de la mère et de l'enfant au Sénégal. Situation régionale*. Dakar : 28 p.

Ministère du Plan (Direction de la Planification des Ressources Humaines) (2000), *Déclaration de politique de population- Version provisoire*. Dakar : 73 p.

Ministère de la Santé (Direction des Études, de la Recherche et de la Formation) ; Groupe SERDHA, Measure DHS+ – Macro International (2000), *Enquête sénégalaise sur les indicateurs de Santé 1999*. Dakar : Calverton, 212 p.

NDIAYE S. (1994), Les femmes à fécondité précoce, in *La population du Sénégal* sous la direction de Y. CHARBIT et S. NDIAYE, 618 p. Paris : DPS-CERPAA : 169-196.

PISON G., HILL K. COHEN B., FOOTE K. (1997), *Les changements démographiques au Sénégal*. INED, collection Travaux et documents n° 138. Paris : 240 p.

PISON G., KODIO B., GUYARVARCH E., ETARD J-F. (2000), La mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal ; *Population*, n°6, Vol. 55. Paris : INED, 1003-1018.

SOW B., (1994a), Déterminants des intervalles intergénérisiques, in *La population du Sénégal* sous la direction de Y. CHARBIT et S. NDIAYE, 618 p. Paris : DPS-CERPAA : 197-209.

SOW B., (1994b), Allaitement, abstinence et aménorrhée post-partum, in *La population du Sénégal* sous la direction de Y. CHARBIT et S. NDIAYE, 618 p. Paris : DPS-CERPAA : 211-230.

UNESCO (1995), *Rapport mondial sur l'éducation*. Paris : Unesco, 173 p.

Waïtzenegger-Lalou F. (2000), *Recours aux soins des enfants et migration circulaire rurale-urbaine*. ETS, Documents de recherche n°10. Paris : IRD : 29 p.

ZACHARIAH K. C., CONDE J. (1980), *Migration in West Africa – Demographic aspects*. Oxford : Oxford University Press, 130 p.