

10. Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne ?

Patrice Vimard¹ et Raïmi Fassassi²

Le début de la baisse de la fécondité et les progrès de la prévalence contraceptive en Afrique sub-saharienne contribuent à renouveler le débat sur les modèles de transition de la fécondité dans les pays en développement. L'analyse des processus de baisse au Kenya et en Côte d'Ivoire depuis la fin de la décennie soixante-dix permet de mettre en évidence les différenciations qui s'opèrent entre ces pays, qui ont dans la première moitié des années quatre-vingt-dix des niveaux de fécondité relativement proches, alors que la pratique de la contraception est nettement plus répandue au Kenya. Ainsi, le début de la transition de la fécondité au Kenya s'opère selon des modalités démographiques et socio-économiques différentes de celles rencontrées en Côte d'Ivoire. Au Kenya, la majorité des groupes socio-économiques s'inscrivent dans cette transition, importante à tous les âges de la vie féconde, et pour laquelle les progrès de la prévalence contraceptive sont décisifs, l'impact de la contraception devenant peu à peu aussi important que l'effet des comportements d'allaitement et d'abstinence post-partum dans le contrôle des naissances. En Côte d'Ivoire, au contraire, la baisse de la fécondité, qui intervient surtout en début et en fin de vie féconde, repose sur un maintien des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances (allaitement et abstinence prolongés) associé à une progression, très inégale selon les groupes, de la pratique contraceptive, et qui concerne en priorité les populations instruites et urbanisées. Ces différences de morphologie démographique et sociale de la transition correspondent d'une part à des distinctions fortes des modes de développement, plus équitable et mieux réparti sur l'ensemble du territoire au Kenya, et d'autre part à des politiques de population, amorcées dès les années soixante-dix au Kenya et seulement dans les années quatre-vingt-dix en Côte d'Ivoire.

Alors que pendant longtemps les analystes sont restés perplexes devant le maintien d'une forte fécondité en Afrique sub-saharienne, voire son augmentation pour certaines populations, les chiffres récents, fournis par les enquêtes démographiques et de santé, montrent une diminution très significative des indices nationaux de fécondité dans des pays d'Afrique orientale et australe comme le Botswana, le Kenya, le Zimbabwe et l'Afrique du Sud. La baisse est plus modeste mais réelle dans d'autres pays de cette partie du continent : Rwanda, Malawi, Tanzanie et Zambie. On note également une diminution de la fécondité dans les pays d'Afrique centrale (Cameroun et Centrafrique), succédant aujourd'hui à la phase antérieure de remontée de la fécondité consécutive à la lutte contre la stérilité qui frappait cette région.

1. IRD

2. ENSEA, IRD.

Cette baisse est également sensible dans des pays de l'Afrique de l'Ouest pourtant particulièrement marqués par la forte fécondité : le Ghana et la Côte d'Ivoire. Outre ces mouvements enregistrés à l'échelle nationale, des diminutions significatives peuvent être notées dans de nombreuses villes d'Afrique de l'Ouest, comme au Bénin, au Sénégal et au Nigeria, montrant par là que différents mouvements de réduction de la fécondité sont à l'œuvre. Cette baisse de la fécondité est concomitante en Afrique sub-saharienne d'une progression de l'utilisation de la contraception, très inégale selon les pays puisque 40% environ d'entre eux ont encore une prévalence contraceptive inférieure à 10% [6, 7, 8, 9, 11, 14, 15 et 22].

Lorsque l'on examine la relation entre le niveau de la fécondité et celui de la prévalence contraceptive dans les différents pays africains, on constate que certains pays ont une fécondité inférieure à ce que l'on pourrait attendre au regard de la diffusion de la contraception et inversement. En conséquence, des pays ayant des fécondités relativement proches se distinguent fortement par la prévalence contraceptive, démontrant ainsi que d'autres facteurs sont à l'œuvre dans le début de la transition de la fécondité que la simple progression de l'utilisation de moyens contraceptifs. Un des contrastes les plus frappants est celui qui oppose le Kenya et la Côte d'Ivoire. Ces deux pays ont des prévalences contraceptives très différentes (la contraception moderne est 6 fois plus répandue au Kenya et la contraception totale trois fois plus fréquente) alors que leurs niveaux de fécondité sont proches, avec un indice synthétique de fécondité respectivement de 5,4 et 5,7 enfants par femme. Aussi examinons-nous dans ce chapitre le processus de baisse de la fécondité dans ces deux pays afin de mieux préciser, à travers leurs exemples, la nature des phénomènes qui sont à l'œuvre dans cette phase initiale de la transition de la fécondité³.

La baisse de la fécondité au Kenya et en Côte d'Ivoire

L'évolution du niveau de la fécondité dans les deux pays

La fécondité au Kenya a augmenté du début des années soixante, où l'indice synthétique de fécondité était de 5,3 enfants par femme, à la fin des années soixante-dix, où il était de 8,1 enfants par femme : cette période de progression de la fécondité correspond à une phase initiale de la transition connue par beaucoup de pays en développement [21] où l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des femmes entraîne une baisse de la stérilité, de la mortinatalité et une amélioration de la fécondabilité. En Côte d'Ivoire, la fécondité maximum est atteinte également à la fin des années soixante-dix mais la fécondité générale est moins élevée (7,2). Quant à la baisse de la fécondité, qui commence dans les deux pays à la fin des années soixante-dix (Tab. 1), elle est très rapide au Kenya puisque l'indice synthétique de fécondité diminue de 33% en une quinzaine d'années (de 1975-77 à 1990-92) et plus lente en Côte d'Ivoire : 21% pour la même période de temps (1977-79 à 1989-93).

3. Notre analyse participe d'un travail soutenu par l'Agence Universitaire Francophone (AUF) dans le cadre d'une Action de recherche concertée sur « les transitions démographiques dans les pays du Sud ». Pour cette analyse, nous utiliserons principalement les données des enquêtes démographiques et de santé réalisées à l'échelle nationale, selon une méthodologie commune et avec un questionnaire standardisé, à des périodes proches dans les deux pays : de février à août 1993 au Kenya, de juin à novembre 1994 en Côte

Si l'on rapproche cette baisse de la fécondité des autres grandes tendances démographiques dans les deux pays, on constate qu'elle intervient dans une période où l'âge au premier mariage recule légèrement (de 18,1 ans pour les générations les plus anciennes à 19,5 pour les plus jeunes au Kenya, et de 17,9 à 18,8 en Côte d'Ivoire) et où la mortalité des enfants stagne après une longue période de baisse (au début des années quatre-vingt-dix le quotient de mortalité avant 5 ans, relativement stable depuis une dizaine d'années, est de 96‰ au Kenya et de 149‰ en Côte d'Ivoire).

Tableau 1 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité au Kenya et en Côte d'Ivoire depuis la fin des années soixante-dix

Enquête (année)	Kenya				Côte d'Ivoire		
	KFS (1977-78)	KCPS (1984)	KHDS I (1993)	KHDS II (1993)	EIF (1980-81)	RGPH (1988)	EDSCI (1994)
Période	1975-77	1983	1984-88	1990-92	1977-79	1987-88	1994
ISF	8,1	7,7	6,7	5,4	7,2	6,3	5,7

Notes : Kenya : KFS : Enquête de programme EMS ; KCPS : Enquête sur la prévalence contraceptive ; KHDS : Enquête démographique de santé. Côte d'Ivoire : EIF : Enquête de programme EMF ; RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat ; EDSCI : Enquête démographique de santé.

Sources : Kenya : [16]. Côte d'Ivoire : [17].

Une évolution différente du calendrier de la fécondité et de l'utilisation de la contraception

Si l'on vérifie pour le Kenya que la baisse de la fécondité se produit à tous les âges [6], l'évolution est différente en Côte d'Ivoire selon les groupes d'âges. La décomposition par groupe montre en effet que la diminution est importante à tous les âges au Kenya (sauf dans le groupe 45-49 ans qui est marginal), tandis qu'en Côte d'Ivoire, elle concerne surtout les tranches d'âges extrêmes, les plus jeunes d'une part, les plus âgées d'autre part, les âges de 30 à 39 ans étant faiblement touchés avec moins de 10% de baisse (Tab. 2 et Fig. 1). Ceci nous indique que des phénomènes particuliers à certains âges pourraient être prépondérants dans ce pays : retard de l'âge à la première naissance, limitation de la fécondité dans les générations les plus jeunes (de 15 à 29 ans), arrêt de la reproduction plus précoce qu'auparavant.

Si l'on examine ces différentes hypothèses pour la Côte d'Ivoire, on constate trois choses. Tout d'abord, contrairement à ce que l'on aurait pu croire, on observe un léger rajeunissement de l'âge médian à la première naissance (de 19,1 ans pour les générations 45-49 ans à 18,6 ans pour les générations 20-24 ans en 1994) malgré le recul de l'âge au premier mariage (de 17,9 à 18,8 pour les mêmes groupes de générations). Ensuite, malgré cette première naissance précoce, la prévalence contraceptive est forte aux jeunes âges, révélatrice d'une volonté de limitation des naissances dans cette première phase de la vie reproductive. Cette volonté existe chez une minorité de femmes mariées, mais elle se manifeste surtout chez les femmes de 15 à 39 ans ne vivant pas en union mais sexuellement actives⁴, dont plus de la moitié utilisent une méthode quelconque de contraception et plus de 20% une méthode

4. Sont considérées comme sexuellement actives, les femmes qui ont eu au moins un rapport sexuel durant les 28 jours précédant l'enquête.

moderne [17]. Ceci nous montre l'importance de ce groupe de femmes non mariées mais sexuellement actives, nombreuses en Afrique de l'Ouest, tout particulièrement en milieu urbain, dans le changement des comportements reproductifs⁵. Par leur aspiration à une limitation de leur fécondité, elles contribuent fortement à la maîtrise de la fécondité générale. Ainsi, pour l'ensemble des femmes sexuellement actives, en union ou pas, la différence de prévalence contraceptive est-elle moindre entre le Kenya et la Côte d'Ivoire que lorsque l'on considère, comme cela est fait généralement, les seules femmes mariées (Fig. 2).

En ce qui concerne le contrôle de la fécondité à la fin de la vie féconde, on observe que la proportion de femmes mariées de 40 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive a plus que doublé entre 1979 et 1994 (de 3% à 7,5%), mais cela est conforme à l'évolution tous âges confondus, ce qui ne dénote pas d'accent particulier sur une utilisation aux âges élevés qui correspondrait à une volonté marquée d'arrêt de constitution de la descendance.

Les déterminants et les facteurs de la fécondité

Une hiérarchie distincte des déterminants proches

Pour mesurer l'influence des déterminants proches de la fécondité, nous utiliserons le modèle de J. Bongaarts [5] amélioré par C. Jolly et J. Gribble [12]. Quatre facteurs proches de la fécondité, jugés comme étant les variables intermédiaires majeures de la fécondité en Afrique sub-saharienne, sont retenus dans ce modèle : les comportements de nuptialité, les pratiques contraceptives, l'infécondabilité post-partum liée à l'allaitement et à l'abstinence, et la stérilité primaire.

L'indice synthétique de fécondité estimé par la méthode est donné par la formule :

$$ISF = F_c \times C_m \times C_c \times C_i \times I_p$$

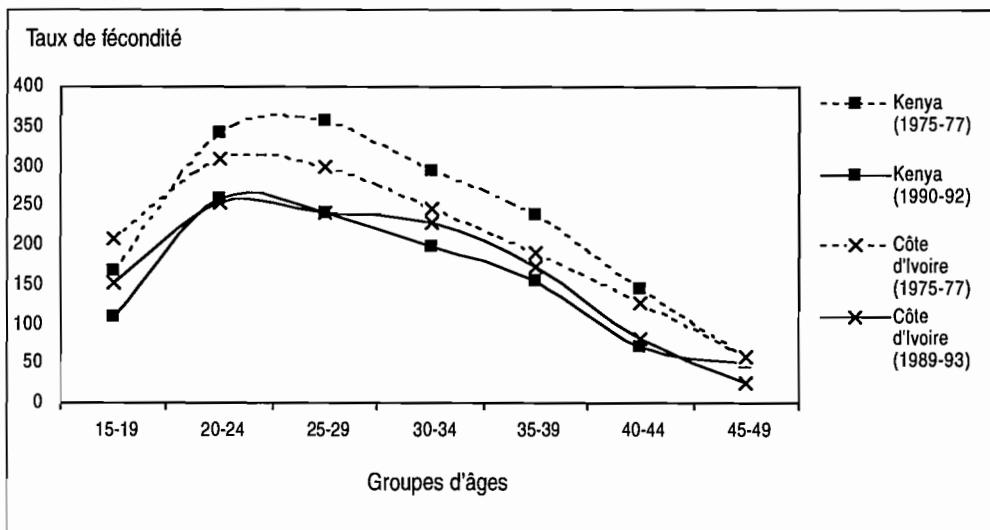
F_c est la fécondité potentielle ou encore le niveau théorique de la fécondité sans l'influence d'aucune variable intermédiaire ; C_m est l'indice mesurant l'effet des modèles de nuptialité ; C_c est l'indice de contraception lié à la prévalence et à l'efficacité des méthodes contraceptives utilisées ; C_i est l'indice d'infécondabilité post-partum qui dépend de la durée d'allaitement et de l'abstinence post-partum ; I_p est l'indice mesurant l'effet de la stérilité pathologique⁶.

5. Comparant la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes avec celle des seules femmes en union, D. Kirk et B. Pillet [13] mettent en évidence la forte prévalence des femmes non mariées sexuellement actives dans plusieurs pays d'Afrique (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Nigeria et Togo), et l'importance de cette forte demande de planification familiale de la part des jeunes femmes non mariées pour l'avenir du processus de transition qui avait déjà été souligné par J.C. Caldwell et al. [8].

6. Tous ces indices sont normalement compris entre 0 (inhibition totale de la fécondité cumulée) et 1 (effet nul sur la fécondité). Il arrive toutefois que I_p dépasse l'unité. Ce cas se présente lorsque le taux de stérilité, estimé par la proportion de femmes non célibataires âgées de 40 à 49 ans n'ayant pas eu d'enfants, est inférieur à 3%. La stérilité primaire est alors si faible que son influence est négligeable sur la fécondité. C'est le cas au Kenya où nous l'avons ignoré pour le calcul de l'indice synthétique de fécondité estimé.

Tableau 2 : Tendances de la fécondité par âge au Kenya et en Côte d'Ivoire durant la première phase de la transition

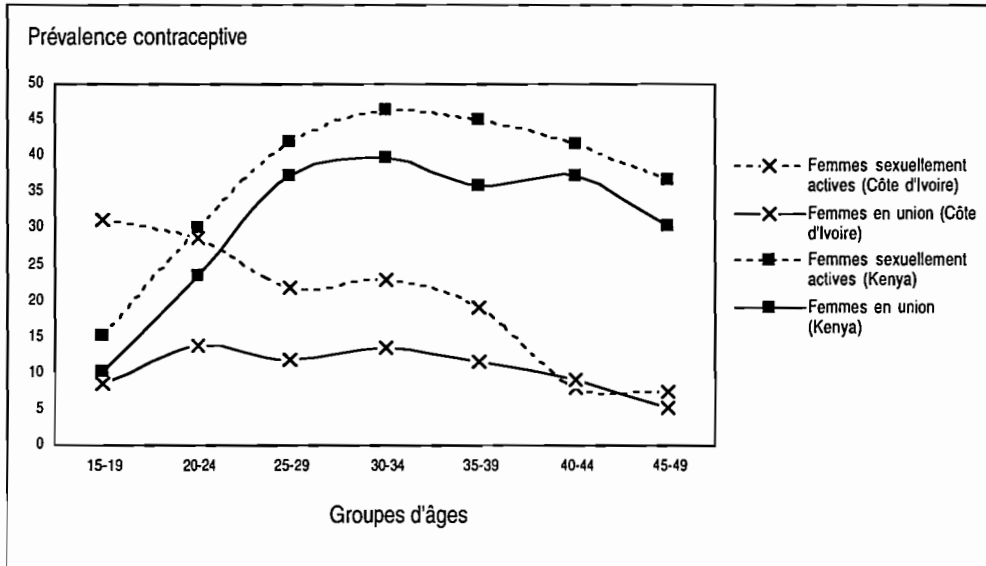
Groupe d'âges	Kenya			Côte d'Ivoire		
	1975-77 (en ‰)	1990-92 (en ‰)	Taux de réduction (en ‰)	1975-77 (en ‰)	1989-93 (en ‰)	Taux de réduction (en ‰)
15-19	168	110	34,5	207	151	27,1
20-24	342	257	24,9	310	254	18,1
25-29	357	241	32,5	298	240	19,5
30-34	293	197	32,7	245	227	7,3
35-39	239	154	35,6	189	172	9,0
40-44	145	70	51,7	126	82	35,0
45-49	59	50	15,3	57	26	54,4
Indice synthétique de fécondité	8,1	5,4	33,3	7,2	5,7	20,8

Figure 1 : Tendances de la fécondité par âge au Kenya et en Côte d'Ivoire

Pour tenir compte des naissances hors mariages, non traitées par la méthode de J. Bongaarts, C. Jolly et J. Gribble [12] ont calculé C_m comme le rapport de l'ISF et de l'ISFM (ISF des femmes en union) et l'ont décomposé en deux éléments. D'une part M_o , qui mesure l'effet des naissances hors union, et d'autre part C'_m , qui mesure l'effet des modèles d'union déclarée sur la fécondité dans l'hypothèse où l'ensemble des naissances survient au sein de ces unions. Dans ce cas, $C_m = M_o \times C'_m$. Si cette introduction constitue une amélioration du modèle de J. Bongaarts, la méthode comporte encore quelques insuffisances. Ainsi les effets cumulés de tous les autres déterminants proches sont considérés comme nuls : par exemple, la stérilité secondaire est négligée et l'avortement provoqué n'est pas pris en compte, faute de données fiables pour l'Afrique sub-saharienne. Des études récentes montrent cependant

que l'impact de l'interruption volontaire de grossesse sur la réduction de la fécondité peut être important et que sa progression pourrait expliquer une partie de la baisse de ces dernières années, notamment en Côte d'Ivoire [10].

Figure 2 : Utilisation de la contraception (en %) selon l'âge au Kenya et en Côte d'Ivoire des femmes sexuellement actives et des femmes en union



Ce modèle de mesure des différents effets inhibiteurs de la fécondité, tel que nous l'avons appliqué, montre qu'au Kenya l'effet de l'infécondabilité post-partum est sensiblement plus fort que celui de la contraception, lui-même plus élevé que l'effet de la nuptialité. En Côte d'Ivoire la situation se caractérise par une hiérarchie différente et encore plus nette qu'au Kenya : l'effet de l'infécondabilité post-partum est très important et nettement plus affirmé que celui de la nuptialité, lui-même plus important que celui de la contraception qui est faible (Tab. 3).

Si l'on compare les deux pays, on constate que l'inhibition due à la nuptialité est peu différente d'un pays à l'autre ; en revanche, celle due à l'infécondabilité post-partum est supérieure en Côte d'Ivoire, traduisant essentiellement la durée d'abstinence plus longue (14,5 mois contre 6,4 mois), et celle due à la contraception est plus intense au Kenya, la prévalence contraceptive plus élevée (32% contre 10%) se conjuguant ici avec une efficacité supérieure des méthodes employées, qui sont modernes à 85% contre seulement 42% en Côte d'Ivoire. Quant à l'effet relatif à la stérilité, il est quasiment nul dans les deux pays. Cette analyse montre que le Kenya est caractéristique de la première phase de transition dans les pays africains où l'impact de la contraception se rapproche peu à peu de celui de l'infécondabilité post-partum dans la réduction de la fécondité, alors que la Côte d'Ivoire demeure encore dans un schéma traditionnel de contrôle de la fécondité avec une nette prédominance de l'inhibition par les comportements post-partum, même si l'influence de la contraception commence à être ressentie.

Tableau 3 : Effets inhibiteurs de la nuptialité, de la contraception, de l'infécondabilité post-partum et de la stérilité au Kenya et en Côte d'Ivoire*

	Kenya	Côte d'Ivoire
Indice ajusté de mariage (C'_m)	0,730	0,740
Naissances mesurées hors union (M_0)	1,123	1,129
Indice de mariage (C_m)	0,820 (18,04%)	0,835 (16,49%)
Indice de contraception (C_c)	0,726 (27,38%)	0,934 (6,55%)
Indice d'infécondabilité post-partum (C_i)	0,643 (35,74%)	0,562 (43,81%)
Indice de stérilité (I_p)	1,015 (-1,51%)	0,995 (0,45%)
ISF estimé à partir d'une FC de 15,3	5,9	6,7
Écart ISF estimé - ISF observé	0,5	1,0

* Pourcentage d'inhibition entre parenthèse.

Avec ce modèle, l'indice synthétique de fécondité estimé sur la base des effets inhibiteurs, à partir d'une fécondité potentielle de 15,3 enfants, généralement admise en moyenne, est de 5,9 enfants au Kenya et de 6,7 enfants en Côte d'Ivoire, et l'écart avec l'indice synthétique de fécondité observé, qui peut correspondre à l'effet de l'ensemble de tous les facteurs qui n'ont pu être appréciés dans le modèle, est deux fois plus important en Côte d'Ivoire : 1,0 enfant contre 0,5 au Kenya.

Les déterminants socio-économiques de la fécondité du moment : similitudes et dissemblances

Nous pouvons explorer les déterminants individuels de la fécondité du moment (représentée par le fait d'avoir eu un enfant durant les deux années précédant les enquêtes démographiques et de santé de 1993 au Kenya et de 1994 en Côte d'Ivoire) à partir d'un modèle de régression logistique⁷. Ce modèle intègre des caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes. Le tableau 4 fournit les risques relatifs pour chacune des modalités : ceux supérieurs à 1 sont associés à des modalités qui augmentent les chances d'avoir un enfant, relativement à la modalité de référence, ou relativement à une modalité de la même variable qui a un risque relatif plus faible. Corrélativement les risques relatifs inférieurs à 1 sont associés à des modalités qui diminuent les chances d'avoir un enfant, relativement à la modalité de référence, ou relativement à une modalité de la même variable qui a un risque relatif plus élevé. Plus grand est l'écart entre le risque relatif et l'unité, plus fort est l'effet de la modalité. Le tableau inclut également l'erreur standard (E.S.), qui est une estimation de l'écart-type, et la significativité (Sig.) des paramètres estimés. D'une manière générale, on constate que les modalités d'ordre démographique

7. Pour cette analyse exploratoire, nous avons omis a priori du modèle de régression les variables intermédiaires, dont l'effet a été précédemment étudié, qui nous renseignent seulement sur les mécanismes internes de l'évolution de la fécondité et non sur ses déterminants. Parmi les facteurs démographiques et socio-économiques, le choix des variables retenues dans le modèle final a été fait sur la base du test de vraisemblance, c'est-à-dire en éliminant du modèle le plus général possible, contenant toutes les variables, les variables les moins significatives qui n'améliorent pas la vraisemblance globale du modèle.

(l'âge, la survie des enfants, la co-résidence avec le conjoint, le souhait d'avoir d'autres enfants) ont une significativité supérieure aux modalités de nature socio-économique.

Si l'on considère les variables socio-économiques, au Kenya l'effet de l'instruction, de la femme comme de son conjoint, et celui de l'activité du conjoint ne sont pas significatifs aux seuils généralement admis. Par contre sont significatifs (à un seuil inférieur à 10%) la religion, avec un effet négatif du christianisme et de l'islam vis-à-vis de la religion traditionnelle, le milieu de résidence, avec un effet négatif de la résidence urbaine sur celle en milieu rural, l'occupation de la femme, avec un effet positif du travail manuel et négatif de l'activité dans le commerce et les services vis-à-vis du travail agricole⁸, et du standing de l'habitat, avec un effet négatif des niveaux moyen et haut sur le niveau bas.

Les déterminants sont quelque peu différents en Côte d'Ivoire, ce qui confirme la nature distincte du modèle socio-économique de la transition de la fécondité. La religion de la femme n'a pas d'effet significatif, au contraire de l'instruction. Par rapport à des individus sans instruction, lorsqu'il s'agit de l'instruction de la femme, l'effet est négatif pour l'instruction secondaire (l'instruction primaire a un effet faiblement négatif dont le seuil de significativité est supérieur à 10%) ; lorsqu'il s'agit de l'instruction du conjoint, l'effet est positif si son instruction est de niveau primaire et négatif si elle est de niveau secondaire. L'effet de la résidence est significatif uniquement pour Abidjan avec un effet négatif par rapport au village. Pour ce qui concerne l'occupation de la femme (celle du conjoint est non significative, encore plus nettement qu'au Kenya), on note un effet négatif de l'activité dans le commerce et les services, du travail manuel et de l'activité de ménagère⁹ vis-à-vis du travail agricole. Pour le standing de l'habitat, on note seulement un effet significatif, d'ordre positif, du niveau moyen vis-à-vis du niveau bas. Pour résumer, la fécondité semble déterminée au Kenya par la résidence (son milieu et sa qualité), la religion et l'occupation de la femme. En Côte d'Ivoire, l'instruction de la femme et de son conjoint, l'occupation de la femme et, plus faiblement, la résidence sont déterminants.

Le rôle des caractéristiques du développement et des politiques de population

La transition de la fécondité au Kenya, comme dans les pays similaires du Botswana et du Zimbabwe, se caractérise en premier lieu par une composante centrale, qui fait de la baisse de la fécondité une donnée générale concernant, à un degré plus ou moins fort, l'ensemble des groupes sociaux comme l'ensemble des groupes d'âges, et par l'importance des progrès de la prévalence contraceptive comme facteur de la baisse, caractéristiques qui se trouvent absentes en Côte d'Ivoire. Deux phénomènes nous semblent devoir être avancés pour expliquer ces distinctions : le niveau plus élevé du développement humain et l'existence d'un programme public de planification familiale plus ancien et plus fort au Kenya.

8. En revanche, les modalités « cadre et employé de bureau » et « ménagère » n'ont pas d'effet significatif.

9. Les femmes classées comme ménagères sont le plus souvent des épouses de salariés qui n'exercent pas d'activité, que ce soit de manière indépendante ou comme aide familiale.

Tableau 4 : Modèle de régression logistique des déterminants de la fécondité du moment au Kenya et en Côte d'Ivoire

Variables (référence)	Modalités	Kenya			Côte d'Ivoire		
		Risques relatifs	E.S.	Sig.	Risques relatifs	E.S.	Sig.
Religion (traditionnelle)	Christianisme	0,7637	0,1904	*	0,8827	0,1325	—
	Islam	0,7061	0,2348	*	1,0560	0,1332	—
	Sans religion	0,9131	0,4256	—	0,9246	0,1357	—
Milieu de résidence (village)	Autres villes	0,7240	0,1572	**	1,0279	0,0828	—
	Capitale	0,8097	0,1343	*	0,8120	0,1103	*
Age (25-29 ans)	15-19	8,8134	0,2013	***	4,0652	0,1260	***
	20-24	1,8707	0,0923	***	1,2514	0,0835	***
	30-34	0,6092	0,0906	***	0,6502	0,0852	***
	35-39	0,3325	0,1101	***	0,4680	0,1009	***
	40-44	0,1350	0,1362	***	0,2017	0,1308	***
	45-49	0,0484	0,2166	***	0,0599	0,2098	***
Co-résidence avec conjoint (oui)	Non	0,8561	0,0832	*	1,0060	0,0871	—
	Pas de conjoint	1,8388	0,3255	*	1,5655	0,3038	**
Instruction de la femme (non instruite)	Primaire	0,9144	0,0943	—	0,9995	0,0779	—
	Secondaire et plus	0,9307	0,1219	—	0,7956	0,1170	**
Instruction du conjoint (non instruit)	Primaire	1,1205	0,1160	—	1,2495	0,0897	**
	Secondaire et plus	1,0546	0,1334	—	0,9115	0,0984	*
	Pas de conjoint	1,0743	0,2314	—	1,0695	0,1609	—
Occupation de la femme (agricultutrice)	Cadre et employée de bureau	0,9487	0,1568	—	1,4437	0,2557	—
	Commerce et service	0,8174	0,0968	**	0,7694	0,0866	***
	Sans travail	0,5598	0,2806	**	0,9946	0,0911	—
	Ménagère	1,1092	0,1570	—	0,2661	0,3878	***
	Travail manuel	1,1457	0,0786	*	0,6623	0,2206	*
	ND				0,8723	0,6610	—
Occupation du conjoint (agriculteur)	Cadre et employé de bureau	0,9418	0,1136	—	0,8319	0,1284	—
	Commerce et service	0,8648	0,1039	—	1,1487	0,1055	—
	Travail manuel	0,8977	0,0886	—	1,2591	0,2671	—
	Aide familiale, domestique	0,3818	0,4646	**	6,1367	0,1248	—
	Sans travail	0,8566	0,2560	—	1,1455	0,0968	—
	ND	0,8891	0,2174	—	1,6960	0,2036	***
Enfant décédé (oui)	Non	0,6659	0,0738	***	0,8477	0,0621	***
	Pas d'enfant	0	3,4202	***	0	3,5503	***
Souhait d'autres enfants (oui)	Non	1,1400	0,0768	*	1,5469	0,0845	***
	ND	0,2871	0,3155	***	0,2381	0,2895	***
Standing de l'habitat (bas)	Moyen	0,7434	0,0732	***	1,1714	0,0823	**
	Haut	0,7201	0,1567	**	0,9646	0,1180	—

Significativité : *** : significatif à 1%; ** : significatif à 5%; * : significatif à 10%; — : non significatif.

Développement humain et développement monétaire

On relève en effet que le développement du Kenya, s'il se situe à un niveau économique moyen pour l'Afrique sub-saharienne (avec un produit intérieur brut réel par habitant en 1994 de 1 404 \$), se caractérise surtout par un « contenu » social important : ainsi l'indice de développement humain¹⁰, se situe au niveau élevé de 0,463, contre moins de 0,400 pour beaucoup d'autres pays comme la Côte d'Ivoire avec 0,368 (Tab. 5). Cette qualité sociale du développement réside dans l'amélioration de l'état sanitaire de la population, dans la diffusion de la scolarisation et, tout particulièrement, dans un effort de réduction des inégalités entre les sexes. Ainsi, l'indice sexospécifique du développement humain (ISDH) accentue l'écart entre les deux pays (0,458 contre 0,341) et accorde un meilleur classement au Kenya dans l'ensemble des pays, au contraire par exemple de la Côte d'Ivoire, qui se trouve moins bien située dans l'ISDH que dans l'IDH. La pauvreté sociale, telle que l'on peut l'estimer par l'indicateur de pauvreté humaine (IPH), qui révèle la faible longévité et l'absence d'accès aux infrastructures sanitaires, scolaires et de communication, est nettement moins répandue au Kenya où elle concerne 26% de la population contre 46% en Côte d'Ivoire.

Tableau 5 : indicateurs du développement au Kenya et en Côte d'Ivoire

Indicateurs	Kenya	Côte d'Ivoire
Croissance du PNB par habitant 1965-80*	3,0	2,9
Croissance du PNB par habitant 1980-92**	0,2	-4,7
PIB réel par habitant (1)	1404	1668
IDH***	0,463	0,368
ISDH***	0,458	0,341
Différence*** de classement entre ISDH et IDH (2)	2	-2
IPH*** en % (3)	26,1	46,3
Différence*** de classement entre IPH et IDH (4)	14	-8
Coefficient**** de Gini de la répartition du revenu ou de la consommation en % (5)	57,5	36,9
Population vivant dans la pauvreté*** en % (6)	50	18

(1) : Le produit intérieur brut réel par habitant est exprimé en dollars des États-Unis sur la base de la parité de pouvoir d'achat de la monnaie nationale. (2) : un chiffre positif indique que le classement selon l'ISDH, dans les 146 pays où il a pu être calculé, est supérieur à celui selon l'IDH, le chiffre négatif signifie le contraire, le zéro signifiant un classement identique. (3) : La valeur de l'IPH correspond à la proportion de la population souffrant de trois formes de pauvreté humaine (faible longévité, exclusion de l'instruction et déficit des conditions de vie). (4) : Un chiffre positif indique que le classement selon l'IPH, dans les 78 pays où il a pu être calculé, est supérieur à celui selon l'IDH, les chiffres négatifs signifient le contraire. (5) : Le coefficient de Gini mesure l'inégalité dans la distribution des revenus des ménages. Un coefficient égal à zéro décrit une situation d'égalité totale, tandis qu'un coefficient égal à 100% indique une situation d'inégalité totale. (6) : population vivant avec moins de 1 \$ par jour, sur la base de la parité de pouvoir d'achat de la monnaie nationale, durant la période 1989-94.

Sources : * : [1] ; ** : [2] ; *** : [20] ; **** : [3].

10. L'indice de développement humain (IDH) est un indice composite du niveau moyen d'un pays en terme de potentiel humain élémentaire; il est mesuré à partir de 3 composantes : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation et le niveau de revenu. L'indicateur sexospécifique de développement humain (ISDH) est de même nature que l'IDH mais il tient compte en outre des inégalités entre les hommes et les femmes. L'indicateur de pauvreté humaine (IPH) tente d'appréhender la dégradation de la qualité de vie; il est mesuré à partir des déficits relatifs à différentes composantes : la longévité, l'instruction, l'accès à l'eau et aux services de santé, l'alimentation. Ces trois indicateurs ont été élaborés et sont mis à jour par le PNUD [19 et 20].

La moindre différence entre hommes et femmes et la diffusion plus restreinte de la pauvreté révèlent le caractère plus égalitaire du développement au Kenya au regard de ce qui se passe en Côte d'Ivoire. Cette affirmation doit cependant être nuancée si l'on raisonne en termes strictement économiques : en effet, les inégalités de revenu sont moindres en Côte d'Ivoire, comme on le vérifie avec la comparaison des coefficients de Gini de la distribution des revenus, et la part de la population vivant dans la pauvreté monétaire est également plus faible en Côte d'Ivoire : 18% contre 50% (Tab. 5).

Par conséquent le développement au Kenya se caractérise par une plus grande inégalité des revenus, mais un meilleur accès de tous les groupes de la population aux différentes infrastructures de développement. A l'égalité relative entre hommes et femmes, entre populations aisées et groupes plus démunis, nous pouvons adjoindre une plus grande égalité d'accès à l'éducation, à la santé et à l'information entre populations urbaines et populations rurales, car le développement des campagnes, fondé notamment sur la création d'une classe moyenne de petits propriétaires terriens, semble particulièrement mieux réussi au Kenya et dans les pays proches [6 et 21], que dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest comme en Côte d'Ivoire où les inégalités touchent particulièrement les zones rurales.

Des calendriers distincts de mise en œuvre des programmes de planification familiale

L'expérience du Kenya, comme celle des pays proches que sont le Botswana et le Zimbabwe, où le programme de planification familiale, datant de 1967, est ancien, même si sa montée en puissance s'est révélée lente et ne s'est véritablement amorcée qu'en 1982, et où 72% des contraceptifs modernes utilisés sont obtenus auprès du secteur gouvernemental, nous enseigne que la mise en œuvre d'un programme public fort de planification familiale est en mesure d'impulser une forte croissance de la prévalence de la contraception moderne et de contribuer à la baisse significative des indices de fécondité. Ce caractère public et national des programmes de planification, par conséquent relativement homogènes sur l'ensemble du territoire, pourrait expliquer, avec la relative égalité d'accès à l'éducation et à la santé, la concrétisation d'une composante centrale par une diffusion et une acceptation relativement rapide et généralisée des méthodes d'espacement des naissances par l'ensemble des milieux géographiques et sociaux.

Par rapport au Kenya, la baisse significative actuelle de la fécondité en Côte d'Ivoire, repose moins sur la progression de la contraception, surtout lorsque l'on considère la seule contraception moderne, et davantage sur le maintien de pratiques traditionnelles d'espacement des naissances et un certain recul de l'âge au premier mariage. Cette baisse concerne surtout les groupes urbains et instruits et correspond par conséquent à une plus forte différenciation des pratiques de reproduction entre les groupes socio-économiques. Cette situation se rapproche de l'évolution d'un pays situé également en Afrique de l'Ouest comme le Sénégal, où la baisse de la fécondité est cependant moins forte [18], et du début de la transition dans d'autres régions, comme au Nord-Soudan, en Tanzanie et au Swaziland, où l'on constate une baisse initiale dans les jeunes générations et dans les couches urbanisées, grâce notamment à un recul de l'âge au premier mariage [9]. Ceci nous semble correspondre, d'une part, à un modèle de développement social plus inégalitaire et, d'autre part, à l'absence de programme national de planification familiale.

Le contexte de politique démographique est en effet radicalement différent en Côte d'Ivoire de ce qu'il peut être au Kenya. Le gouvernement ivoirien ne s'est prononcé qu'en 1991 pour une maîtrise de la croissance démographique et la politique nationale de population a été adoptée en 1997 seulement. Jusque là, seules quelques initiatives associatives et privées d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) et de diffusion de contraceptifs ont pu se développer jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, dans un climat de populationnisme affirmé et de restriction à ce type d'activités. Depuis cette date, des programmes de planification familiale ont pris leur essor, mais dans des conditions peu favorables à la véritable mise en œuvre d'un programme public fort à l'échelle nationale (activités erratiques des bailleurs de fonds, instabilité des responsables nationaux, etc.), ce qui explique que 70% des moyens contraceptifs modernes soient obtenus auprès du secteur privé. Nul doute qu'avec un tel décalage politique et institutionnel, un tel écart dans l'accès à l'éducation et aux services de santé¹¹, les interactions sociales favorables à la diffusion de nouveaux comportements de reproduction, telles qu'elles ont été mises en évidence par J. Bongaarts et S.C. Watkins [4] comme élément essentiel du début de la transition, soient nettement moindres en Côte d'Ivoire qu'au Kenya et contribuent plus faiblement à la connaissance et à l'adoption des méthodes modernes de planification familiale. Ceci peut expliquer la diffusion moindre, à l'heure actuelle, des pratiques novatrices des instruits vers les analphabètes, des villes vers les campagnes, des épouses de salariés vers les agricultrices, etc., constatée en Côte d'Ivoire.

*

* * *

Le début de la transition de la fécondité en Côte d'Ivoire s'opère selon des schémas démographiques et socio-économiques différents de ceux rencontrés au Kenya. En Côte d'Ivoire, la baisse de la fécondité intervient surtout en début et en fin de vie féconde ; elle repose sur un maintien des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances associé à une progression, très inégale selon les groupes, de la pratique contraceptive, et concerne en priorité les populations instruites et urbanisées. Au Kenya, au contraire, la majorité des groupes socio-économiques s'inscrit dans cette transition ; elle concerne tous les âges de la vie féconde, et les progrès de la prévalence contraceptive s'avèrent décisifs. Ces différences de morphologie démographique et sociale de la transition correspondent à des distinctions fortes des modes de développement et des politiques de population.

Ces caractéristiques semblent correspondre, au-delà de ces deux pays très symboliques au regard de l'évolution politique et économique du continent que sont le Kenya et la Côte d'Ivoire, à des éléments que l'on retrouve dans d'autres pays qui leur sont respectivement proches : par exemple le Botswana et le Zimbabwe pour l'un, et le Sénégal pour l'autre. Ces proximités, qui pourraient sans doute être étendues à d'autres pays, devront être confirmées par des analyses ultérieures pour vérifier la pertinence réelle des expériences kenyane et ivoirienne en tant que modèles distinctifs de transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne.

11. Ainsi, dans les années 1990, le taux d'analphabétisme des adultes est de 61% en Côte d'Ivoire et de 23% seulement au Kenya, la population privée de service de santé est de 70% en Côte d'Ivoire et de 23% au Kenya.

Bibliographie

1. BANQUE MONDIALE, 1989, *L'Afrique sub-saharienne. De la crise à la croissance durable*, Washington D.C., 346 p.
2. BANQUE MONDIALE, 1994, *Rapport sur le développement dans le monde 1994*, Washington D.C., 268 p.
3. BANQUE MONDIALE, 1997, *Rapport sur le développement dans le monde 1997*, Washington D.C., 290 p.
4. BONGAARTS J. et WATKINS S.C., 1996, Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions, *Population and Development Review*, Vol. 22, n° 4, p. 639-682.
5. BONGAARTS J., 1978, A framework for analyzing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, Vol. 4, n° 1, p. 105-131.
6. BRASS W. et JOLLY C.L., Eds., 1993, *Population Dynamics of Kenya*, National Academy Press, Washington, D.C., 183 p.
7. CALDWELL J.C. et CALDWELL P., 1993, The South African Fertility Decline, *Population and Development Review*, Vol. 19, n° 2, p. 225-262.
8. CALDWELL J.C., ORUBULOYE I.O. et CALDWELL P., 1992, Fertility Decline in Africa : A New Type of Transition ?, *Population and Development Review*, Vol. 18, n° 2, p. 211-242.
9. CLELAND J., ONUOHA N. et TIMAEUS I., 1994, Fertility Change in sub-saharan Africa : a Review of the Evidence, in LOCOH T. et HERTRICH V., Eds., *The Onset of Fertility Transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, p. 1-20.
10. DESGRÉES DU LOU A., MSELATTI P., VIHO I. et WELFENS-EKRA C., 1998, *Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans. Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ?*, ETS, ORSTOM, Documents de recherche n° 5, Paris, 21 p.
11. FOOTE K.A., HILL K.H. et MARTIN L.G., Eds., 1996, *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, INED-PUF, (Travaux et Documents, Cahier n° 135), Paris, 371 p.
12. JOLLY C.L. et GRIBBLE J.N., 1996, Les déterminants proches de la fécondité, in FOOTE K.A., HILL K.H. et MARTIN L.G., Eds., *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, INED-PUF, (Travaux et Documents, Cahier n° 135), Paris, p. 71-117.
13. KIRK D. et PILLET B., 1998, Fertility Levels, Trends, and Differentials in sub-saharan Africa in the 1980s and 1990s, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, n° 1, p. 1-22.
14. LOCOH T. et HERTRICH V., Eds., 1994, *The Onset of Fertility Transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 308 p.
15. MHLOYI M., 1994, Fertility Transition in Zimbabwe, in LOCOH T. et HERTRICH V., Eds., *The Onset of Fertility Transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, p. 87-104.
16. NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1994, *Kenya Demographic and Health Survey 1993*, Nairobi et Calverton, 278 p.
17. N'CHO S. et al., 1995, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*, Institut National de la Statistique - Macro International Inc., 294 p.
18. NDIAYE S., DIOUF P.D. et AYAD M., 1994, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93*, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan et Macro International Inc., Dakar et Calverton, 284 p.
19. PNUD, 1995, *Rapport mondial sur le développement humain 1995*, Economica, Paris, 251 p.
20. PNUD, 1997, *Rapport mondial sur le développement humain 1997*, Economica, Paris, 268 p.
21. ROBINSON W.C., 1992, Kenya enters the fertility transition, *Population Studies*, Vol. 46, n° 3, p. 445-457.
22. TABUTIN D., 1997, Les transitions démographiques en Afrique sub-saharienne. Spécificité, changements... et incertitudes, *Communication au Congrès Général de la Population de Beijing*, UIESP, 24 p.

Vimard Patrice, Fassassi Raïmi. (2001)

Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne ?

In : Gendreau Francis (ed.), Poupard M. (collab.) Les transitions démographiques des pays du Sud. Montréal (CAN) ; Paris : AUPELF-UREF ; ESTEM, 157-169. (Universités Francophones : Actualité Scientifique)

Journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'AUF, 3., Rabat (MAR), 1998/12/09-12. ISBN 2-84371-115-0