

# Structures démographiques et fécondité urbaine

Patrick Gubry\* et Valérie Guérin\*\*

L'ensemble de la population du monde, malgré certaines nuances, est soumis à ce qu'il est convenu de désigner par le terme de transition démographique. Il s'agit schématiquement du passage d'un régime de haute fécondité et de haute mortalité à un régime de basse fécondité et de basse mortalité (1). La mortalité est la première à baisser, suivie par la fécondité. La période de transition, qui correspond à la durée du passage entre les deux régimes, dégage un fort accroissement naturel de la population (différence entre la natalité et la mortalité), alors que cet accroissement est modéré à la fois dans la période pré-transitionnelle et dans la période post-transitionnelle. Le début de la transition et sa durée ont été historiquement très variables selon les pays. L'Europe a été le premier continent à connaître la transition démographique à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que celle-ci a débuté beaucoup plus récemment en Afrique subsaharienne, dans un contexte socio-économique totalement différent. La population africaine se caractérise par ailleurs par une modification radicale de sa répartition géographique provoquée par une urbanisation rapide. La conjonction de ces deux phénomènes incite à s'interroger sur leurs interactions et notamment sur l'influence que peut avoir l'urbanisation sur le schéma de transition.

En Afrique subsaharienne, il ne fait plus de doute que le niveau de la mortalité est partout inférieur en ville à ce qu'il est en milieu rural. La situation est par là radicalement différente de celle qui prévalait dans les pays actuellement développés durant la phase de forte urbanisation au siècle dernier, où les villes pouvaient être considérées comme des « mangeuses d'hommes », à cause de leur forte mortalité. La raison

\* Démographe, ORSTOM, Centre français sur la population et le développement (CEPED).

\*\* Démographe, CEPED.

(1) Jean-Claude Chesnais, *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*, INED, PUF, Paris, 1986, 582 p. (Travaux et Documents, n° 113).

**Afrique  
contempor.**  
Numéro spéc  
4<sup>e</sup> trimestre 1<sup>er</sup>

jeunesse  
des villes

125

11.5.94  
O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 39558 ex 1

Cote : 3

doit en être attribuée au système de santé, surtout présent en ville ; aux vaccinations ; à l'eau potable ; à une éducation plus poussée de la population et à une hygiène plus développée ; à un niveau de vie plus élevé de la population urbaine enfin.

En revanche, l'évolution actuelle de la fécondité doit être examinée avec beaucoup plus de circonspection. Quelle est l'évolution réelle de la fécondité africaine ? Qu'en est-il des différences villes-campagnes en la matière ? Comment cette évolution s'inscrit-elle – ou ne s'inscrit-elle pas – dans le schéma de la transition démographique ? La réponse à ces questions conditionne largement ce que l'on peut d'ores et déjà appréhender de l'évolution future de la population africaine.

## Croissance urbaine sans précédent historique

L'Afrique subsaharienne reste actuellement la région du monde la moins urbanisée. En 1990, le taux d'urbanisation, ou pourcentage de population vivant en ville, peut y être estimé – malgré les problèmes de comparabilité – à environ 31 % contre 45 % pour l'ensemble du monde et 37 % pour les pays en développement. Les villes africaines, mêmes très anciennes, n'ont pas connu dans le passé l'essor que l'on observe dans les pays développés, où l'urbanisation a accompagné l'industrialisation.

Carte 1. – Taux d'urbanisation (1990)



Taux d'urbanisation



Source : Nations unies, 1991.

Tableau 1. – Evolution de la population et du taux d'urbanisation (1990-2025)

	Taux d'urbanisation (en %)			Population urbaine (en millions)		
	1990	2000	2025	1990	2000	2025
Ensemble du monde	45	51	65	2 390	3 198	5 493
Pays en développement	37	45	61	1 515	2 251	4 376
dont Afr. subsaharienne	31	38	55	155	261	730
Pays développés	73	75	83	875	946	1 117
	Population totale (en millions)					
	1990	2000	2025			
Ensemble du monde	5 292	6 261	8 504			
dont Afr. subsaharienne	502	688	1 322			

Source : Nations unies, Department of International Economic and Social Affairs, *World Urbanization Prospects 1990. Estimates and Projections of Urban and Rural Populations and of Urban Agglomerations*, New York, 1991, 223 p.

Le niveau de l'urbanisation est très variable en Afrique : relativement élevés au nord et au sud du continent, les taux d'urbanisation deviennent très faibles dans la frange sahélienne (moins de 30 %, voire de 15 %). En Afrique occidentale, les pays côtiers sont ainsi sensiblement plus urbanisés que les pays de l'intérieur. On relève ici le poids actuel des grandes villes portuaires qui sont le plus souvent nées avec la colonisation.

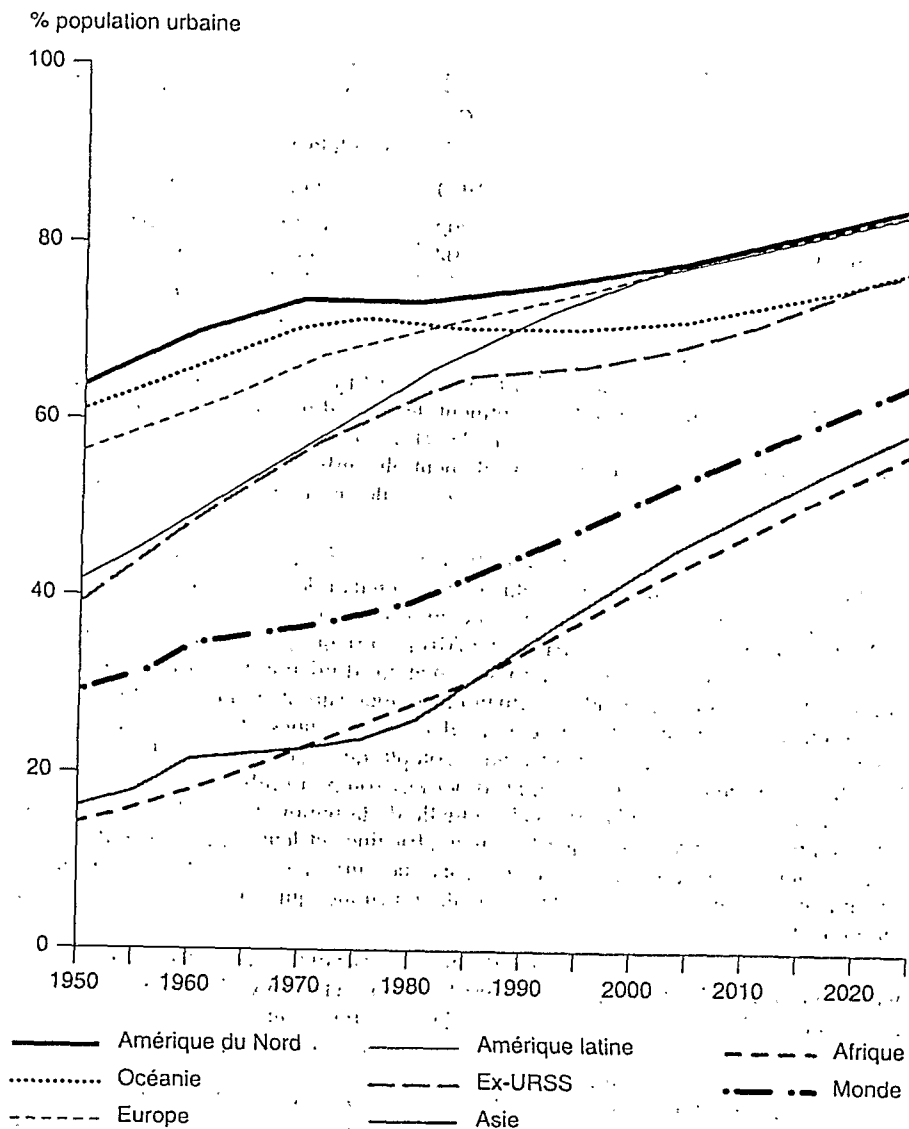
La faible urbanisation d'ensemble est, en revanche, associée aux taux de croissance urbaine les plus élevés jamais relevés. Le taux de croissance urbaine, pour l'ensemble de l'Afrique, s'établit à 5 % par an pour la période 1985-1990. Il est même monté à 7 % par an en Afrique orientale en 1975-1980. L'Afrique rattrape donc rapidement son « retard » en matière d'urbanisation. En 1990, 6 % de la population urbaine du monde se situait en Afrique subsaharienne ; en 2025, la part correspondante sera, selon les projections des Nations unies, de 13 %. Pour illustrer cette croissance urbaine, il faut se rendre compte que durant la période 1990-2025, les villes pourraient être amenées à absorber environ 575 millions de nouveaux citoyens, soit plus que la population totale actuelle de la région. Ce chiffre suggère à lui seul l'ampleur des problèmes que les villes africaines et leurs pays respectifs auront à surmonter. Il faut préciser que cette croissance urbaine ne serait pas pour autant accompagnée d'une diminution de la population rurale, qui continuerait à s'accroître durant cette période (2).

La croissance urbaine a trois composantes : l'accroissement naturel de la population (différence entre la natalité et la mortalité), l'accroissement migratoire (solde entre les « entrées » et les « sorties ») et le « reclassement » des localités. On entend par là à la fois le changement de catégorie des localités (du rural à l'urbain) au fur et à mesure de leur croissance et l'absorption des localités situées en périphérie des villes, à la suite de l'extension géographique de ces dernières. Les parts respectives des trois composantes varient pour chaque ville dans le temps. Il semble que l'accroissement migratoire représente environ 50 à 60 % de l'accroissement total, l'accroissement naturel environ 30 à 40 % et le reclassement, le reste. L'accroissement naturel, qui nous intéresse plus particulièrement ici, représente donc dans tous les cas une part non négligeable de la croissance urbaine.

(2) Seule la propagation de l'épidémie de sida, plus répandue en ville, pourrait infléchir les taux de croissance urbaine. On ne peut la souhaiter !

Mais l'immigration en ville provoque quant à elle une modification de la structure de la population, qui elle-même va constituer un élément favorable à la natalité.

**Figure 1. - Evolution des taux d'urbanisation dans le monde (1950-2025)**



Afrique  
continentale  
Annuaire spécial  
1993

Démographie  
urbaine

128

P.G. 1992.

### ● Une structure par âge favorable à une forte natalité

La manifestation la plus évidente de l'urbanisation sur le plan démographique est la modification de la structure par sexe et par âge de la population. Prenons l'exemple

du Rwanda en 1978 (cf. tableau 2). A cette époque, la structure de la population rwandaise est relativement peu touchée par les migrations internationales.

La population urbaine est d'abord à prédominance masculine, dans la mesure où les hommes immigreront généralement plus en ville que les femmes. Ainsi, le rapport de masculinité de la population urbaine rwandaise (rapport entre le nombre des hommes et celui des femmes x 100) est de 122,9 contre 94,6 pour la population rurale. Le milieu rural se trouve ainsi privé d'une partie de sa force de travail masculine.

Cette constatation est renforcée par la prise en compte de l'âge : sur 100 résidents, on en trouve 49,1 dans les âges actifs (15-59 ans) en milieu rural, contre 57,5 en milieu urbain. Le chômage urbain n'est pas indépendant de cette situation.

**Tableau 2. - Structure par sexe et par âge selon le secteur de résidence de la population du Rwanda en 1978 (en %)**

Groupes d'âges	Secteur rural			Secteur urbain		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
0-14 ans	22,9	23,1	46,0	19,4	19,8	39,2
15-59 ans	23,3	25,8	49,1	33,9	23,6	57,5
60 ans et +	2,4	2,5	4,9	1,7	1,6	3,3
<b>Total</b>	<b>48,6</b>	<b>51,4</b>	<b>100,0</b>	<b>55,0</b>	<b>45,0</b>	<b>100,0</b>

Source : Recensement du Rwanda de 1978.

Les pyramides des âges (cf. la figure 2 p. 130) reflètent de manière saisissante la modification de la structure par sexe et par âge à travers l'urbanisation. On peut relever sur les pyramides :

- la très forte fécondité en milieu rural (base élargie de la pyramide pour les deux sexes) ① ;
- une diminution de la fécondité en milieu urbain ② ;
- un « creusement » de la pyramide rurale aux âges actifs, qui sont ceux où l'on émigre le plus, surtout pour les hommes (excédent de femmes) ③ ;
- le gonflement de la pyramide urbaine aux mêmes âges, surtout pour les hommes (très fort excédent d'hommes) ④ ;
- la faiblesse des effectifs dans les groupes d'âges élevés, pour les deux sexes, reflet de la jeunesse de la population et d'une mortalité élevée ⑤.

Concernant les femmes, celles qui sont en âge d'avoir des enfants (groupe d'âges 15-49 ans) représentent 44,6 % des femmes en milieu rural et 48,6 % des femmes en milieu urbain. Il y a donc une certaine prédisposition structurelle, toutes choses égales par ailleurs, à des naissances plus nombreuses en ville. Mais la fécondité elle-même, malgré la baisse relative, reste élevée dans les villes.

### ● Les débuts de la transition de la fécondité

L'Afrique est le continent qui connaît les niveaux de fécondité les plus élevés. Cette particularité est encore plus accusée dans la région subsaharienne. En effet, les Nations unies estiment pour la période 1985-1990 que chaque femme africaine a mis au monde 6,2 enfants en moyenne. Cette estimation atteint 6,6 enfants par femme en Afrique subsaharienne.

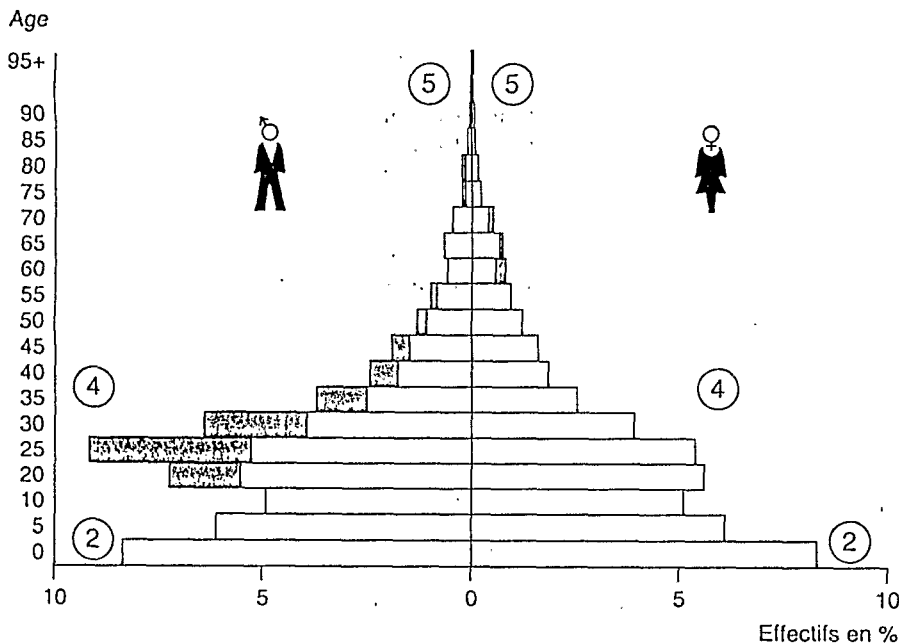
Afrique  
continentale  
Annuaire spécial  
1993

Démographie  
urbaine

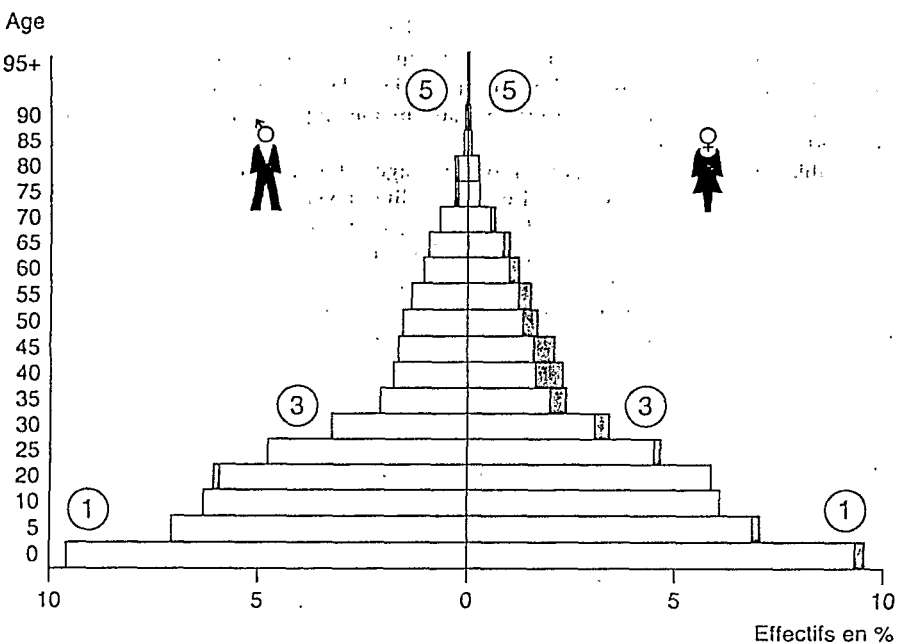
129

**Figure 2. - Pyramides par groupes quinquennaux d'âges, selon le secteur de résidence (Rwanda 1978)**

**Milieu urbain**



**Milieu rural**



Excédent d'un sexe par rapport à l'autre

P.G./V.G. 1993.

Dans les autres parties du monde, on observe des niveaux de fécondité nettement moins élevés puisque l'indice synthétique de fécondité ne dépasse pas la barre des 4 enfants par femme pour l'ensemble des pays du tiers monde et qu'il avoisine les 1,9 enfant dans les pays développés.

Cette situation n'est pas nouvelle : l'Afrique est depuis longtemps un foyer de haute fécondité. Pourtant, à travers les données des Nations unies, on estime que la fécondité commence à baisser légèrement depuis quelques années. Par exemple, si la fécondité semble rester relativement constante entre 1975-1980 et 1985-1990 en Afrique de l'Ouest (autour de 6,9 enfants par femme), en Afrique de l'Est le nombre d'enfants par femme aurait diminué de 0,2 en moyenne (7,1 à 6,9 enfants), et en Afrique méridionale de 0,5 (5,2 à 4,7 enfants). Il convient bien sûr de nuancer ces propos, l'évolution de la fécondité dans ces régions n'ayant pas été la même partout et pour toutes les catégories de population.

Ainsi, on remarque que le secteur de résidence est un facteur particulièrement important de différenciation du niveau de la fécondité, d'une part, et de son évolution, d'autre part : la population urbaine subsaharienne a depuis plusieurs décennies des taux de fécondité moins élevés que la population rurale.

**Tableau 3. - Indice synthétique de fécondité**

Pays	Enquêtes EMF (1977-1982)		Enquêtes EDS (1986-1991)		Différence (EDS-EMF)	
	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain
Kenya	8,4	6,8	7,1	4,8	- 1,3	- 2,0
Sénégal	7,5	6,5	7,1	5,5	- 0,4	- 1,0
Nigeria	6,4	6,2	6,3	5,0	- 0,1	- 1,2
Soudan	6,4	5,1	5,6	4,1	- 0,8	- 1,0
Ghana	6,3	5,7	6,6	5,1	+ 0,3	- 0,6
Cameroun	6,1	5,3	6,3	5,2	+ 0,2	- 0,1

Sources : enquêtes EMF et EDS.

Les enquêtes EMF (enquêtes mondiales sur la fécondité), réalisées dans les années soixante-dix dans de nombreux pays du sud du Sahara sur des échantillons représentatifs au plan national, offrent des données plus précises et mettent en évidence des comportements féconds différentiels selon le lieu de résidence : l'indice synthétique de fécondité urbaine est alors inférieur de 0,8 enfant au Cameroun, de 1,0 enfant au Sénégal et de 1,6 au Kenya à celui du secteur rural... Bref, avec une ampleur plus ou moins prononcée, les citoyens mettent partout moins d'enfants au monde en moyenne que les ruraux. Il s'agit évidemment de moyennes nationales, qui n'excluent pas que la fécondité puisse être plus élevée dans telle ou telle ville que dans le milieu rural environnant.

Plus récemment, d'autres enquêtes ont été mises en œuvre. Il s'agit des enquêtes EDS (enquêtes démographiques et de santé) dont le traitement statistique a confirmé la différence de niveaux de fécondité entre le milieu urbain et le milieu rural en Afrique subsaharienne. Mais l'enseignement le plus intéressant de ces dernières enquêtes réside dans la mise en évidence d'une baisse de fécondité depuis les enquêtes EMF dans la plupart des pays où les deux types d'enquêtes ont eu lieu et en particulier en ville.

La situation en milieu rural est un peu moins claire dans la mesure où la fécondité y aurait légèrement augmenté dans certains pays comme le Cameroun et le Ghana. Cette évolution n'infirme pas pour autant le schéma de la transition démographique dans lequel la fécondité peut parfaitement augmenter dans

**Afrique contemporaine**  
Numéro spécial  
4<sup>e</sup> trimestre 1993

jeunesse  
des villes

131

un premier temps, par exemple à la suite de l'amélioration des conditions sanitaires provoquant une diminution de la stérilité.

En revanche, on peut observer un fléchissement de la fécondité urbaine dans tous les pays : par exemple, au Kenya, entre les deux enquêtes, le nombre d'enfants par femme a diminué de 2 en ville – passant de 6,8 à 4,8 enfants par femme – alors qu'en milieu rural, la baisse n'a été que de 1,3 enfant. Ainsi, l'écart entre ville et campagne s'est creusé. Au Nigeria, au Sénégal, au Soudan, les citadins ont environ 1 à 1,2 enfant de moins qu'il y a une dizaine d'années tandis que les ruraux ont seulement 0,1, 0,4 et 0,8 enfant de moins respectivement.

Au total, sur les six pays analysés, la fécondité baisse partout en ville et cette baisse s'accélère. Elle baisse également en milieu rural dans quatre pays sur six. Cela corrobore les estimations globales. Cette évolution n'empêche pas certains chercheurs de parler de stagnation de la fécondité en Afrique subsaharienne, peut-être par goût du paradoxe ou du sensationnel, à moins que ce ne soit par crainte de voir ralentir les efforts en matière de planification familiale. Pour notre part, il nous semble plus raisonnable d'évoquer les débuts de la transition de la fécondité, plus avancée en milieu urbain. Il faut voir qu'en ville, les conditions de vie sont très différentes de celles qui existent à la campagne : de nombreux facteurs favorisant une moindre fécondité y sont réunis.

### Les déterminants de la fécondité

Parmi les principaux facteurs qui influencent directement le niveau de fécondité d'une population, il faut retenir l'utilisation d'une contraception efficace, l'âge au premier mariage qui régule l'entrée dans la vie féconde, l'infécondité post-partum (due à l'abstinence sexuelle après l'accouchement et à l'absence d'ovulation provoquée par l'allaitement) et l'avortement volontaire. La stérilité, la fréquence des rapports sexuels et les fausses-couches sont également des variables susceptibles de modifier les niveaux de fécondité dont il faut tenir compte.

Parmi tous ces facteurs, le recours à la planification familiale, et plus spécifiquement l'utilisation de la contraception, apparaît comme le déterminant majeur de la fécondité. En effet, toutes les enquêtes EDS, réalisées entre 1984 et 1992, révèlent que là où l'utilisation de la contraception est faible, le niveau de la fécondité est élevé et que là où la contraception est très répandue, la fécondité est basse. De plus, d'après une étude de *Population Reports*, les différences de niveau d'utilisation de la contraception expliquent 92 % des variations de fécondité parmi les cinquante pays enquêtés (3).

En Afrique subsaharienne, les femmes vivant en milieu urbain sont à la fois celles dont la fécondité est la moins élevée et celles qui font le plus appel à la contraception. D'ailleurs, le coefficient de corrélation entre niveau de fécondité urbaine et utilisation de la contraception, calculé sur l'ensemble de la région, est assez fortement positif puisqu'il est de l'ordre de 0,7.

**Tableau 4. - Prévalence de la contraception (en %), durées moyennes d'allaitement, d'aménorrhée et d'abstinence post-partum (en mois) selon le secteur de résidence**

Pays	Contraception*		Allaitement		Aménorrhée		Abstinence	
	U**	R**	U	R	U	R	U	R
Liberia	11	3	14,1	18,9	9,2	12,6	12,1	13,9
Mali	12	3	20,2	22,0	12,1	16,4	4,7	7,7
Sénégal	15	11	16,2	20,2	12,4	18,1	6,7	8,4
Soudan	17	4	17,5	20,6	10,9	15,6	5,6	4,7
Ouganda	18	3	15,3	19,0	9,4	13,1	5,9	4,0
Togo	19	10	18,6	24,1	10,6	15,8	13,5	19,0
Ghana	20	10	17,5	21,4	11,4	15,0	12,2	14,1
Cameroun	25	11	—	—	6,5	13,3	9,9	14,6
Burundi	27	8	17,4	24,0	9,5	19,5	3,5	3,5
Kenya	30	27	18,8	19,5	9,1	11,2	5,2	6,0
Botswana	42	31	14,7	20,2	8,5	12,6	9,4	13,8

\* Toutes méthodes contraceptives, femmes en union.

\*\* U : urbain ; R : rural.

Sources : enquêtes démographiques et de santé, *Population Reports*, op. cit.

Par ailleurs, les différences de la prévalence contraceptive entre urbains et ruraux sont plus importantes dans les pays où celle-ci est globalement faible. Par exemple, au Burundi où seulement 9 % des femmes enquêtées ont déclaré recourir à la contraception, la prévalence est de 27 % en milieu urbain alors qu'en milieu rural elle n'atteint que 8 %, soit un écart de 19 points. En revanche, au Kenya où la prévalence totale est de 27 %, on trouve 30 % d'utilisatrices en ville contre 27 % en campagne, soit un écart de 3 points seulement.

Le Kenya, le Botswana et le Zimbabwe sont les pays où la demande de planification familiale est la plus forte : en ville, la contraception est utilisée par 30 % à 51 % des femmes et, en milieu rural, par 27 % à 42 % des femmes. Dans ces trois pays, la baisse de la fécondité semble bien entamée dans les cités. Dans les autres pays, l'évolution est loin d'être aussi marquée, surtout en milieu rural.

L'adoption des méthodes contraceptives est facilitée en ville par une diffusion de l'information plus large qu'à la campagne, des possibilités accrues d'accès aux points de vente de produits contraceptifs, également mieux approvisionnés, et un pouvoir d'achat plus élevé de la population. Elle ne saurait cependant s'expliquer que par l'évocation de l'ensemble du contexte socio-économique (4).

Un autre déterminant de la fécondité est l'âge au mariage. Il joue également un rôle important dans la baisse des niveaux de fécondité urbaine. Un âge au mariage plus tardif signifie un temps d'exposition au risque de grossesse plus court. Il s'agit là d'un facteur prépondérant dans les pays à faible prévalence contraceptive, avec l'allaitement, l'abstinence sexuelle et l'aménorrhée post-partum. Nous n'évoquerons pas les effets de l'avortement sur la fécondité car les données en la matière sont très peu fiables, voire inexistantes.

L'analyse des données EDS fait apparaître une corrélation positive entre niveau de fécondité et âge médian au premier mariage. Dans tous les pays d'Afrique subsaharienne enquêtés, on observe que la fécondité est d'autant plus basse que l'âge au mariage est élevé : au Cameroun, en ville, l'âge médian au pre-

(3) Bryant Robey, Shea O. Rutstein, Leo Morris, « The Reproductive Revolution : New Survey Findings », *Population Reports* (Baltimore, MD), Series M, Number 11, 1992, 43 p.

(4) Thérèse Locoh, *Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne*, CEPED, Paris, 1992, 27 p. (Les Dossiers du CEPED, n° 19).

mier mariage est de 17,6 ans pour un indice synthétique de fécondité de 5,2 enfants par femme. En milieu rural, les femmes se marient plus jeunes (âge médian au premier mariage, 16,2 ans) mais ont aussi plus d'enfants (en moyenne 6,3). Les comparaisons internationales mettent en évidence la même corrélation : avec un âge médian au premier mariage en ville plus élevé de 1,6 an, le Zimbabwe a un nombre moyen d'enfants par femme inférieur de 1,4 à celui du Sénégal.

La conjugaison de l'augmentation de l'âge médian au premier mariage et de l'utilisation de la contraception risque de sonner le glas des régimes de haute fécondité. Pour le moment, cela n'est net qu'en ville.

Enfin, l'allaitement et l'abstinence post-partum sont des pratiques très répandues mais leurs durées moyennes sont assez différentes d'un pays à un autre et d'un secteur de résidence à un autre.

Dans tous les pays étudiés, les durées d'allaitement, d'aménorrhée et d'abstinence post-partum sont plus courtes en milieu urbain. On y observe en effet une augmentation de l'allaitement artificiel et une diminution du respect des règles traditionnelles en matière d'abstinence. Ces caractéristiques auraient dû jouer en faveur d'une augmentation de la fécondité. Pourtant, la réalité est différente ; c'est donc que ces facteurs n'influent pas de manière prépondérante sur les niveaux de fécondité urbains.

Par ailleurs, on n'observe pas de lien systématique entre ces pratiques : les pays où la durée moyenne d'allaitement est la plus longue ne sont pas forcément ceux où la durée moyenne d'abstinence post-partum est la plus élevée. Elles semblent même se compenser pour un certain nombre de pays (Mali, Libéria, Kenya). De plus, les pays dans lesquels l'abstinence sexuelle, l'allaitement et l'aménorrhée post-partum sont les plus longs, connaissent une prévalence contraceptive plus faible. Ces facteurs permettent donc de réguler les naissances en l'absence d'autres moyens et notamment quand les méthodes contraceptives sont peu disponibles. Or en ville, l'accès à la planification familiale est de plus en plus facile. C'est pourquoi la diminution des durées moyennes d'allaitement, d'aménorrhée et d'abstinence post-partum n'a pas entraîné une augmentation de la fécondité urbaine.

Les déterminants directs énumérés ici nous permettent de comprendre comment mécaniquement un niveau de fécondité donné peut être modifié. Cependant, la connaissance des moyens de limitation des naissances n'implique pas forcément leur mise en œuvre. Il faut aussi que les couples et peut-être davantage les femmes aient moins envie d'avoir de nombreux enfants. Il faut donc évoquer l'influence des déterminants indirects sur la fécondité, représentés par l'ensemble des conditions socio-économiques et avant tout le statut de la femme.

## Le statut de la femme

L'évolution de la fécondité, provoquée par une modification de ses déterminants, est de plus en plus considérée comme étant étroitement conditionnée par l'évolution de la condition féminine et non plus seulement par une simple distribution de produits contraceptifs.

De manière générale, la nuptialité féminine est très favorable à une forte fécondité. L'âge moyen au mariage des filles est bas et l'intensité du phénomène (proportion des filles amenées à contracter un premier mariage) est très élevé. C'est en ville que les caractéristiques du mariage commencent à se modifier : l'âge moyen au mariage est plus élevé qu'en milieu rural, essentiellement à cause d'une fréquentation scolaire plus tardive et l'intensité elle-même baisse légèrement.

L'influence de la polygamie sur la fécondité est assez controversée. Elle conduit logiquement à une certaine diminution de la fécondité par femme. Mais l'influence réelle est sans doute variable selon la région, tout comme

l'est sa fréquence elle-même. Il est probable qu'il existe à ce niveau un effet de sélection, l'époux d'une femme inféconde ayant plus tendance à prendre une deuxième femme. La polygamie est en moyenne moins répandue en ville. Mais dans certaines régions, la composition ethnique particulière de la population urbaine et ses revenus monétaires plus élevés peuvent entraîner une polygamie plus importante en ville. Quand cette situation se conjugue avec une plus grande fréquence des maladies vénériennes dans les villes, qui restent des lieux de passage, on comprendra que la polygamie, et la mobilité conjugale, également plus répandue en milieu urbain, puissent y propager une forte stérilité.

Il n'est pas rare de rencontrer dans les villes d'Afrique subsaharienne une non-cohabitation des conjoints. Cette situation se présente parfois en cas de polygamie : l'habitation urbaine, avec une seule cuisine, étant totalement inadaptée aux ménages polygames, les co-épouses d'un mari polygame peuvent alors avoir chacune leur propre foyer. Cela se produit également dans certains cas où la faiblesse des revenus ne permet pas aux couples d'habiter dans leur propre logement : les conjoints habitent alors chacun chez leurs parents respectifs. De telles situations, il va sans dire, ne favorisent pas une forte fécondité.

C'est en ville, comme ailleurs dans le monde, que les femmes salariées ou celles qui exercent une activité indépendante non agricole sont les plus nombreuses. L'activité professionnelle féminine constitue donc ici comme partout un obstacle à la fécondité, même si cet obstacle se trouve atténué par la facilité du recours aux aides familiales, notamment par le biais des enfants confiés par la famille restée au village. La multiplication en ville des « garderies d'enfants » payantes est un signe de l'émergence de ce type de problème.

Au sein du ménage, la séparation entre le budget du mari et celui de la femme reste la règle dans les villes. Alors que le mari se charge généralement d'assurer le logement, les frais de scolarité et les autres « grosses dépenses », il incombe à la femme – en dehors des régions musulmanes – d'assurer la « subsistance » de la famille (nourriture et vêtements), de la même manière qu'à la campagne. Cela induit l'activité féminine déjà évoquée et n'est pas sans poser souvent de graves problèmes aux intéressées, car il n'est pas aisé de cultiver en ville ou à la périphérie immédiate, même si la proportion des cultivateurs et cultivatrices urbains reste partout importante. Cette situation ne favorise pas la fécondité.

La scolarisation féminine apparaît comme l'élément fondamental. Le niveau d'instruction des filles est en retard par rapport à celui des garçons dans tous les pays, mais c'est en ville que le retard est le moins important. La scolarisation féminine a pour effet, outre de retarder l'âge au mariage, de créer d'autres aspirations parmi lesquelles l'enfant occupe une place moins exclusive. L'instruction permet également une ouverture sur un monde où la possibilité de maîtriser la procréation est pleinement appréhendée. Finalement, c'est en ville qu'émerge en premier une certaine demande de planification familiale, pas toujours satisfaite, comme en témoignent les nombreux avortements dans les milieux des écolières, parfois suivis du décès de la mère.

Alors qu'à la campagne l'enfant est largement pris en charge par le lignage et que l'ensemble du groupe social pousse à une forte fécondité, la femme, la mère est beaucoup plus indépendante en ville. Dans ce contexte, le rôle des conditions de vie prend de l'importance.

## Les conditions de vie

Les conditions générales de vie en ville créent un milieu beaucoup moins favorable à une fécondité élevée que celles qui prévalent en milieu rural. En ville, surtout dans les plus grandes, on ne peut survivre qu'avec de l'argent. Tout se paie : nourriture,

soins, logement, habillement, transports, loisirs etc... éducation des enfants. Il est peu concevable actuellement de ne pas mettre un enfant à l'école dans les grandes villes africaines. Si l'enfant représente souvent une « ressource » en milieu rural (garde des troupeaux, collecte du bois de chauffe, aide à la préparation des aliments pour les petites filles, aide au sarclage des champs, corvée de l'eau, éloignement des nuisibles...), en ville, il représente un « coût » (nourriture, habillement, soins, fournitures scolaires...). Il faut préciser que ce coût n'est pas couvert, mais seulement atténué, par les compensations sociales, plus nombreuses en ville.

La nécessité d'avoir une descendance nombreuse pour assurer ses vieux jours au moment de la retraite – on a parlé d'« assurance vieillesse » – apparaît en moyenne moins impérative : les salariés sont susceptibles de profiter légalement d'une retraite et de nombreux urbains ont eu accès à une certaine masse monétaire. Celle-ci a permis à certains d'entre eux de faire quelques économies, même si cette situation favorable reste exceptionnelle. Mais on a également associé à juste titre les niveaux élevés de mortalité infantile et juvénile à cette nécessité d'avoir de nombreux enfants, avec l'espoir qu'un au moins survivra à l'âge adulte. Or, la mortalité des enfants est considérablement plus basse en ville qu'à la campagne et cette motivation est donc appelée à s'atténuer à l'avenir.

Le logement constitue un grave problème dans la quasi-totalité des villes et singulièrement dans les plus grandes d'entre elles. La cherté des terrains viabilisés proches du centre entraîne l'éloignement de l'habitat des plus démunis dans les quartiers périphériques, provoquant un allongement démesuré des temps passés dans les moyens de transport ou, plus souvent encore, dans les marches à pied. La solution consiste à occuper illégalement des terrains plus centraux, souvent insalubres (bas-fonds inondables, zones mal drainées ou polluées, terrains pentus peu stables...). La promiscuité, issue de la conjonction entre l'exiguïté des logements et la nécessité sociale d'héberger en ville une nombreuse parentèle venue du village, constitue dans tous les cas un obstacle à une famille nombreuse. Il ne faut d'ailleurs pas voir là une spécificité supplémentaire à l'Afrique subsaharienne à l'instar de certains spécialistes en mal d'exotisme, peu férus d'histoire et encore moins informés – bien malgré eux – sur la vie rurale, car la situation était largement comparable en Europe lors de la phase de forte urbanisation au siècle dernier.

De manière générale, la vie citadine est génératrice d'aspirations nouvelles du fait même que la ville est par définition « ouverte sur le monde ». La ville est la vitrine des produits de consommation et des loisirs modernes. Toutes ces choses ont un coût qui vient directement et objectivement concurrencer les dépenses relatives à l'éducation des enfants et qui contribue, dans une certaine mesure, à un « moindre désir d'enfants » de la part des femmes urbaines.

Tous ces éléments expliquent la baisse de la fécondité en milieu urbain. Peut-on dès lors supputer l'évolution future de cette fécondité et l'extension des nouveaux comportements à l'ensemble de la population ?

## ● Une évolution générale et irréversible ?

La ville et la campagne sont étroitement imbriquées en Afrique subsaharienne, que ce soit par les échanges d'argent, de biens ou de personnes, ou encore par des mouvements temporaires. Le phénomène d'exode rural a été souvent évoqué. Il est largement favorisé par les liens existants entre le village et la ville, notamment au niveau des relations familiales. La crise économique actuelle, surtout perceptible en ville, modifie la nature de ces liens sans les supprimer et provoque également un certain ralentissement de la croissance urbaine accompagné d'un regain des « migrations de

retour » en provenance de la ville. Ces relations mettent à mal les théories dualistes et tendent à conforter l'idée d'un transfert probable des comportements de la ville vers la campagne. C'est l'opinion qu'exprime Catherine Coquery-Vidrovitch, évoquant l'influence des villes : « Parce qu'elles sont des lieux de contact obligé entre plusieurs cultures et des organismes vivants en constant devenir, les villes ont joué un rôle majeur de creuset social et de diffuseur culturel en exerçant leur impact sur l'ensemble de l'aire soumise à leur autorité » (5).

Concernant l'évolution de la fécondité, il ne s'agit ni de nier la réalité de sa diminution, qui a selon toute vraisemblance commencé en ville, ni de défendre l'idée de l'inutilité de toute politique de planification familiale. Il s'agit plutôt de répondre aux nouvelles aspirations qui se font jour et d'accompagner le processus, ce qui ne peut que le favoriser. Si cela ne permet pas de prévoir le calendrier de l'évolution, forcément différent de ce qui a été observé sur d'autres continents, rien jusqu'à présent n'autorise à affirmer que cette évolution s'écarte fondamentalement en Afrique subsaharienne du schéma général de la transition démographique, dans lequel la ville est appelée à jouer un rôle moteur.

(5) Catherine Coquery-Vidrovitch, *Histoire des villes d'Afrique noire – des origines à la colonisation*. Albin Michel, Paris, 1993, 409 p. (cf. p. 40, « L'évolution de l'Humanité »). Voir également l'article de Catherine Coquery-Vidrovitch dans ce numéro.