

Sous la direction de
Patrice Vimard
et Benjamin Zanou

**Politiques
démographiques
et transition
de la fécondité
en Afrique**

Collection
Populations

L'Harmattan

**POLITIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET
TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE**

Collection Populations

*dirigée par Yves Charbit, Maria Eugenia Cosio-Zavala,
Hervé Domenach*

Comité éditorial

Yves Charbit, Maria Eugenia Cosio-Zavala, Hervé Domenach,
Patrick Livenais, Patrice Vimard, Dominique Waltisperger

La démographie est au cœur des enjeux contemporains, qu'ils soient économiques, sociaux, environnementaux, culturels, ou politiques. En témoigne le renouvellement récent des thématiques : développement durable, urbanisation et mobilités, statut de la femme et de l'enfant, dynamiques familiales, santé de la reproduction, politiques de population, etc.

Cette démographie contextuelle implique un renouvellement méthodologique et doit donc prendre en compte des variables en interaction, dans des espaces de nature diverse (physiques, institutionnels, sociaux).

La collection "Populations" privilégie les pays et les régions en développement sans pour autant oublier leurs liens avec les pays industrialisés et contribue à l'ouverture de la démographie aux autres disciplines. Elle est issue d'une collaboration entre les chercheurs de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), le Centre d'Etudes et de Recherches sur les Populations Africaines et Asiatiques (Université Paris V - René Descartes) et le Centre de Recherches Populations et Sociétés (Université Paris X - Nanterre).

Déjà parus

Jesus ARROYO ALEJANDRE, Jean PAPAIL, *L'émigration mexicaine vers les Etats-Unis*, 1999.

Véronique PETIT, *Migrations et société dogon*, 1998.

Frédéric SANDRON, *Les naissances de la pleine lune*, 1998.

© L'Harmattan, 2000

ISBN : 2-7384-8649-5

Sous la direction de

Patrice VIMARD et Benjamin ZANOÛ

**POLITIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET
TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ
EN AFRIQUE**

Préface de Maria-Eugenia COSIO-ZAVALA

L'Harmattan

5-7, rue de l'École-Polytechnique
75005 Paris – France

L'Harmattan Inc

55, rue Saint-Jacques
Montréal (Qc) – CANADA H2Y 1K9

LISTE DES AUTEURS

ANOH Amoakon, chercheur au Centre IRD de Petit-Bassam, membre de l'ETS, Abidjan.

BANGHA Martin W., démographe à l'UEPA/UAPS, Dakar.

COSIO-ZAVALA Maria-Eugenia, professeur à l'Université de Paris X-Nanterre.

DELAUNAY Valérie, chercheur à l'IRD, membre de l'ETS, Dakar.

GBENYON Kuakuvi, chercheur à l'UEREP, Université du Bénin, Lomé.

KOBIANE Jean-François S., démographe à l'INSD, Ouagadougou.

KOFFI N'Guessan, chercheur à l'ENSEA, Abidjan.

LOCOH Thérèse, chercheur à l'INED, Paris.

MAKDESSI Yara, assistante de recherche au CEPED, Paris.

MBOUP Gora, chercheur à Macro International, DHS, Calverton.

RWENGE Mburano, chercheur à l'IFORD, Yaounde.

SAFIR Tamany, consultante, Paris.

SALA-DIAKANDA Daniel M., membre de la CEA, Adis-Abeba.

SEMBAJWE Israël, chercheur au RIPS, Accra.

SIKA Lazare, statisticien à l'INS, Abidjan.

TÊTTÊKPOE Dosseh, chercheur à l'UEREP, Université du Bénin, Lomé

VIMARD Patrice, chercheur à l'IRD, membre de l'ETS, Marseille.

ZANOU Benjamin, chercheur à l'ENSEA, Abidjan.

PRÉFACE

Au début des années 1980, tandis que l'Amérique latine et l'Asie connaissaient déjà, depuis vingt ans, des réductions accélérées de leur fécondité, que la plupart des pays avaient adopté des programmes et des politiques publiques pour infléchir la croissance démographique et diffuser les méthodes de limitation des naissances, les niveaux élevés de la fécondité des pays africains ne semblaient pas beaucoup évoluer, si ce n'est à la hausse, et la plupart des gouvernements restaient plutôt réticents face au contrôle des naissances.

La situation a complètement changé dans la dernière décennie. Non seulement des signes tangibles de début d'une baisse de la fécondité ont été observés, mais la plupart des pays ont officiellement adopté des politiques de population. Les pays dont les taux sont considérés comme trop élevés par leurs gouvernements, et ceux où des interventions pour les diminuer sont en place, sont de plus en plus nombreux dans toutes les régions géographiques du continent africain. L'ouvrage analyse la mise en œuvre des programmes de planification familiale, car, malgré les difficultés, l'offre de moyens contraceptifs s'est sensiblement développée sur le continent africain.

Avec un certain recul, on peut néanmoins penser que les changements de fécondité en Afrique se sont sans doute produits plus tôt qu'on ne le pensait et que la réduction de la demande d'enfants est probablement plus ancienne qu'il n'y paraît. Même si les indicateurs nationaux restaient stables, la fécondité se réduisait déjà dans quelques groupes particuliers qui avaient commencé à limiter leurs naissances bien avant tous les autres. Et comme dans la plupart des cas, il s'agissait avant tout de groupes sociaux urbains et éduqués. De fait, la transition démographique semble se dérouler en Afrique suivant le modèle déjà observé en Asie et en Amérique latine, mais dans un contexte particulier, culturel et social : antériorité de la baisse de la mortalité, recul de la nuptialité, baisse de la fécondité dans des groupes pionniers.

Il y a déjà quelques décennies que la baisse de la mortalité a commencé en Afrique, déstabilisant le système démographique

primitif de forte mortalité et de forte fécondité. La meilleure santé des mères aux âges fertiles, la plus grande survie des enfants et aussi des couples, puisque les conjoints survivent plus longtemps, tous ces éléments ont provoqué, comme partout ailleurs, une hausse temporaire de la fécondité, notamment dans les villes où la réduction de la mortalité et l'amélioration sanitaire se sont faites sentir plus vite et plus efficacement que dans les campagnes. Or celles-ci participent maintenant à part entière aux progrès de santé et de mortalité, qui touchent actuellement les populations dans leur ensemble.

Conséquence immédiate, une accélération de la croissance démographique a été très sensible à l'échelle locale, des villes, des régions et des villages. Cela a provoqué un essor de la mobilité spatiale - de l'exode rural à l'émigration internationale - bien que les migrations aient été freinées récemment par un contexte économique difficile, rendant encore plus nécessaires des ajustements au niveau des familles, touchées à deux niveaux : le premier, dans les modalités de mariage, c'est-à-dire le calendrier de la nuptialité, mais aussi les formes prises par le choix du conjoint, la compensation matrimoniale, l'autonomie du couple, etc. ; le second, dans la formation de la descendance et donc le nombre et l'espacement des naissances.

La nuptialité dans les pays africains a beaucoup évolué. D'une part, les âges au mariage ont sensiblement reculé, d'autre part, le choix du conjoint, dans certains cas, marque une plus grande autonomie des jeunes par rapport aux contraintes familiales et sociales, quand il ne constitue pas une réponse à des situations de crise. Des ajustements se sont produits dans les processus matrimoniaux, au niveau du statut et des rôles respectifs des femmes et des hommes, des jeunes et des aînés. Le chapitre de cet ouvrage sur « La fécondité en milieu rural sénégalais », par V. Delaunay, illustre utilement ces évolutions des processus matrimoniaux, en analysant comment les mariages sont déstabilisés de l'intérieur, plus particulièrement par l'émigration de très jeunes filles vers la ville.

La diversité des formes familiales, le grand dynamisme des comportements, tout concourt à confirmer la capacité d'adaptation de la famille africaine face aux transformations socio-économiques, à la crise économique et à la mobilité spatiale. Malgré un immobilisme apparent, notamment dans les niveaux de la fécondité rurale, l'évolution perceptible des processus matrimoniaux aura des conséquences visibles dans un futur très proche.

La fécondité urbaine a d'ores et déjà diminué dans la plupart des pays africains, comme le montre le chapitre sur « Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne », par T. Locoh et Y. Makdessi. Il convient de rappeler que l'espacement des naissances est une pratique traditionnelle en Afrique, par l'allaitement et l'abstinence post-partum. Or, l'utilisation de moyens modernes de contraception semble se diffuser, notamment dans les villes, par suite de la mise en place d'une offre plus abondante de méthodes de planification familiale, rendue possible par le développement de nouvelles pratiques institutionnelles, au niveau des gouvernements et des services de santé.

Il ne fait aucun doute que la plupart des sociétés africaines restent favorables à une descendance nombreuse et que les familles ne sont pas de petite taille. Mais au vu des réductions récentes de la fécondité, on peut sans doute faire l'hypothèse que se développe en Afrique, comme en Amérique latine et en Asie, un malthusianisme de la pauvreté, dans la mesure où la limitation de la taille des familles peut provenir des difficultés que ces familles rencontrent pour soigner et scolariser de très nombreux enfants. Les coûts des enfants sont multipliés par de nouveaux besoins, notamment en ville et dans les situations de crise, et les ressources issues du travail infantile se trouvent limitées. La circulation des enfants a toujours été une pratique traditionnelle et collective, permettant de faire face au coût des enfants, mais ce système semble rencontrer des limites économiques qui peuvent conduire peu à peu à la limitation des naissances et à l'utilisation de moyens modernes de contraception, là où ils sont plus facilement accessibles.

Les sociétés africaines sauront s'adapter à ces nouvelles données, avec la richesse et la diversité qui caractérisent leurs dynamiques familiales, les relations entre les femmes et les hommes, entre les jeunes et les plus âgés. C'est à nous, chercheurs en sciences sociales, à comprendre les enseignements que l'on peut tirer de ces expériences, à en déchiffrer le sens et ce qu'elles introduisent de nouveau et d'original dans les modèles de transition démographique. Ce livre marque une étape importante pour arriver à cette meilleure compréhension et introduit, sans aucun doute, les premiers éléments d'un nouveau champ de la connaissance en Afrique.

Maria-Eugenia COSIO-ZAVALA

INTRODUCTION

Depuis la conférence démographique d'Arusha en 1984 et l'adoption du « Programme d'action de Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome », la nécessité de l'intégration de politiques de population dans les politiques de développement a été admise par l'ensemble des pays africains. Dans l'esprit des gouvernements de cette époque, comme dans les textes qui seront adoptés dans les différents pays, il s'agissait de politiques de population considérées au sens large comme un ensemble de mesures conçues pour orienter les dynamiques démographiques dans leurs différentes dimensions : baisse de la mortalité, notamment celles des enfants, maîtrise de la fécondité, des flux migratoires et de l'urbanisation, tels étaient les objectifs qui étaient assignés à ces politiques. L'amélioration des services de santé et de la scolarisation, les projets d'aménagement rural et d'industrialisation étaient par conséquent au centre des préoccupations d'alors.

Mais la persistance de la récession économique, le maintien d'une forte natalité, la pression des bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux ont contribué très rapidement à mettre au premier plan les politiques de régulation de la fécondité et les programmes de planification familiale qui en découlent lorsqu'ils ne les précèdent pas ! Évolution des discours des politiques, élaboration de documents de politique de population centrés sur la réduction de la fécondité, renforcement des services dispensateurs de moyens contraceptifs existants et développement de programmes nationaux de planification familiale, tels sont les éléments marquants de bien des pays africains dès la fin des années 1980 et dans la décennie 1990, au moment même où la plupart des enquêtes nous indiquent un début de baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, diverse dans son intensité, selon les pays ou les milieux humains, comme dans ses déterminants (Locoh et Hertrich, 1994 ; Foote *et al.*, 1996).

À ce moment si particulier de l'évolution démographique du continent africain, il convenait d'analyser l'émergence ou le

renforcement des politiques en matière de fécondité afin de mieux comprendre comment elles exprimaient une nouvelle conception des relations entre développement et démographie et de quelle manière elles pouvaient influencer, voire déterminer, l'évolution actuelle et future de la natalité en Afrique, et par là l'histoire démographique, sociale et économique du continent. C'est ce que cet ouvrage, qui constitue l'édition scientifique des principales communications présentées au séminaire organisé, en 1995 à Abidjan, par l'ENSEA et l'ORSTOM sur le thème « *Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique* », se propose de faire, autour de la question des relations entre politiques démographiques et transition de la fécondité. Il articule pour cela des approches générales et des analyses de quelques pays ou régions spécifiques.

La première partie analyse l'évolution de la position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques relatives à la maîtrise de la fécondité et la mise en œuvre, difficile, des programmes de planification familiale qui s'en suit. Quelques grandes questions servent de fils conducteurs à cette partie. Quels sont les déterminants économiques, sociaux et culturels de l'évolution, plus ou moins rapide selon les pays, des politiques démographiques ? Quels sont les effets de l'intervention croissante de différents acteurs (Institutions internationales, Églises, organisations non gouvernementales, scientifiques) dans ce nouveau champ politique ? Comment ces politiques de fécondité se traduisent-elles par le développement de programmes de planification familiale ? De quelle manière les services implantés dans les pays ne disposant pas de politique explicite délivrent-ils des méthodes contraceptives ? Quels sont les facteurs conditionnant le fonctionnement des programmes, leur adoption par les populations concernées et les progrès de la pratique contraceptive ? Deux études d'ordre général et quatre études de cas fournissent des éléments de réponse à ces différentes questions.

En premier lieu, D. M. Sala-Diakanda (chapitre 1) précise les transformations des déclarations et des intentions gouvernementales en prenant comme fil conducteur l'évolution des positions défendues lors des différentes conférences sur la population, depuis la Conférence mondiale sur la population à Bucarest en 1974, jusqu'à la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994. Il montre le renversement complet de perspective en une vingtaine d'années et le passage progressif des différents pays africains d'un discours nataliste à un désir de maîtrise

de la fécondité ; renversement de perspective ponctué par les conférences africaines d'Arusha, où un accord s'est fait sur le besoin de politiques démographiques pour lutter contre la croissance démographique rapide, et celle de Dakar (1992), qui s'est traduite par l'adoption d'objectifs quantitatifs quant à l'utilisation de contraceptifs et la réduction de la croissance naturelle. La persistance de la crise économique se révèle un élément décisif pour forger un consensus sur la nécessité de planifier les naissances, autour des quelques pays pionniers qui avaient inauguré, dès la fin des années 1960, des politiques de fécondité et des programmes de planification familiale.

M. W. Bangha (chapitre 2), dressant tout d'abord un panorama de la connaissance et de l'utilisation des méthodes de contraception à l'échelle mondiale, montre le décalage entre l'Afrique, et tout particulièrement l'Afrique subsaharienne où la prévalence contraceptive moderne, inférieure à la prévalence des moyens traditionnels, est proche de 5 %, et les autres continents en développement, où elle dépasse 40 %. A l'intérieur même de l'Afrique, il met également en exergue les particularités des sous-régions septentrionale et australe, caractérisées par une prévalence contraceptive nettement supérieure aux niveaux atteints ailleurs, en Afrique Centrale, de l'Ouest et de l'Est. Les différentes analyses produites sur le sujet, qu'il synthétise ici, montrent par ailleurs que la pratique contraceptive est influencée par la disponibilité des méthodes, donc par l'existence de services, mais également par toute une série de facteurs, démographiques, socio-culturels et économiques, qui varient selon les sociétés. Ceci conduit l'auteur à plaider pour une nécessaire adéquation des programmes de planification familiale au contexte culturel et social propre à chaque population.

I. Sembajwe (chapitre 3) prolonge cette démarche à partir des cas du Kenya et de l'Ouganda, en évaluant l'influence de différents facteurs, notamment d'ordre socio-économique, sur l'utilisation des méthodes de planification familiale. Mais son analyse débouche sur des conclusions quelque peu différentes. En dépit des écarts dans l'appui politique, financier et moral apporté par la puissance publique aux programmes de planification, avec un soutien nettement plus précoce et plus fort au Kenya, l'auteur montre que les facteurs relatifs à la diffusion des informations sur la planification familiale semble avoir eu, dans les deux pays, un impact plus grand sur l'utilisation des méthodes de contraception que les variables socio-économiques les

INTRODUCTION

plus courantes. La fourniture des services de planification familiale, les campagnes d'information et d'éducation sur ce thème, la communication inter-personnelle entre les conjoints à propos de la régulation des naissances ont, dans les pays étudiés, une influence supérieure au lieu de résidence, à la situation sur le plan de l'emploi et au niveau d'études.

K. Gbenyon et D. Têtèkpoe consacrent leur analyse (chapitre 4) à la planification familiale au Togo en examinant, à partir de l'état, en 1988, des connaissances et de la pratique des méthodes de contraception, les performances des programmes menés depuis lors. L'évolution de la prévalence contraceptive révèle les forces et les faiblesses des services de planification familiale, au regard de leur disponibilité, leur accessibilité et leur qualité. En l'absence de politique de population et malgré, depuis les années 1970, l'adoption d'un programme comportant des activités de planification familiale et la création d'une association pour le bien-être familial très active en la matière, la contraception moderne reste au Togo peu répandue. Cette constatation amène les auteurs à proposer quelques orientations pour l'amélioration des programmes : mise en place d'un plan stratégique, redéfinition des fonctions d'information, d'éducation et de communication, et enfin attention plus grande aux besoins spécifiques des jeunes.

Enfin, pour conclure cette partie sur les politiques de fécondité et la mise en œuvre des programmes, N. Koffi, L. Sika et A. Anoh (chapitre 5) analysent un programme pilote de planification familiale mené dans la région d'Aboisso, au sud-est de la Côte d'Ivoire. Ce projet pilote, soutenu par le FNUAP, illustre le changement de conception du gouvernement ivoirien au début des années 1990, évoluant d'une position de « laisser-faire » vers une volonté de maîtrise de la croissance démographique. Dans ce contexte d'adoption d'une politique nationale de population, il était utile d'examiner l'une des expériences utilisées pour l'élaboration du programme national de planification familiale. A l'aide d'enquêtes quantitatives et qualitatives, les auteurs mettent en évidence les obstacles culturels à l'utilisation de la contraception moderne, liées aux mentalités pronatalistes des populations ivoiriennes, notamment celles menant des activités agricoles, et les difficultés de mise en place des activités, relatives au manque de personnel et à l'insuffisance de leur formation. En sens contraire, ils nous présentent la demande de planification familiale implicite, comme celle révélée par l'importance des

avortements, ou plus explicite comme celle exprimée par les 7 % de femmes qui utilisent des moyens modernes et les 38 % qui déclarent prévoir de les utiliser à l'avenir. Dans une situation où une majorité de femmes connaît l'existence de moyens modernes de contraception, et où une forte minorité déclare les avoir déjà utilisés ou avoir l'intention de le faire à l'avenir, la fréquence des abandons de méthode est révélatrice des oppositions que le programme rencontre et de ses dysfonctionnements. Ces abandons posent la question de la capacité actuelle et future de ce programme, comme de ceux qui seront prochainement mis en place en Côte d'Ivoire, à répondre aux interrogations des femmes quant aux effets secondaires des différentes méthodes et à leur permettre de résister à l'ensemble des croyances, rumeurs et craintes multiples auxquelles elles sont confrontées, par une information précise et adaptée et un suivi attentif et de qualité.

La deuxième partie de l'ouvrage aborde la question des relations entre l'utilisation de la planification familiale et l'évolution de la fécondité : quels sont les mécanismes d'émergence d'une demande de planification familiale moderne et de maîtrise de la fécondité dans des populations encore marquées par la forte natalité et les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances ? Quel peut être l'effet des progrès, certes inégaux mais souvent réels, de la pratique contraceptive moderne sur les transitions de la fécondité ? Ces questions sont au cœur des quatre articles qui composent cette partie.

G. Mboup (chapitre 6) identifie les composantes essentielles de la baisse de la fécondité dans les pays anglophones d'Afrique au Sud du Sahara où l'environnement socio-culturel, économique et politique des familles a connu d'importantes mutations. Il examine notamment la contribution de la contraception à l'intensité de la transition de la fécondité. Il évalue tout d'abord la continuité du processus de transition dans les pays où la baisse est amorcée depuis plusieurs années (au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe tout particulièrement), puis il examine l'extension de la transition à d'autres populations que celles où les premières manifestations de baisse de la fécondité ont été enregistrées. L'analyse de l'évolution des indices et du rôle des différents facteurs montre que la baisse de la fécondité dans certains pays anglophones d'Afrique subsaharienne est intervenue à la suite, d'une part, de changements socio-économiques et culturels susceptibles de provoquer une baisse de la demande

d'enfants, voire l'augmentation des besoins en matière de planification familiale, d'autre part, de la présence de programmes de planification familiale efficaces, soutenus par les gouvernements, qui ont pu assurer l'offre de méthodes modernes de contraception et, partant, contribuer à la réalisation des aspirations à une famille réduite.

M. Rwenge (chapitre 7) examine les tendances de la fécondité et de la planification familiale en Afrique subsaharienne francophone selon les pays et le rôle des principaux facteurs socio-économiques, notamment le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Cette analyse met en évidence le schéma et le calendrier du début de la transition de la fécondité dans ces pays de l'Afrique subsaharienne francophone. La fécondité y demeure élevée, malgré une baisse récente et significative dans certains d'entre eux, et la pratique de la contraception faible et souvent réservée aux groupes instruits et urbanisés de la population. Cette situation s'explique en grande partie par la faiblesse des efforts déployés par les responsables des programmes de population et les décideurs, et l'auteur propose des approches plus participantes en faveur de la planification familiale, comme l'intégration des programmes dans les activités des associations féminines comme les tontines.

Si la baisse de la fécondité est résolument engagée dans plusieurs pays anglophones d'Afrique, il n'en est pas de même au Burkina Faso, comme l'indique J. F. Kobiane (chapitre 8). Après une analyse critique des sources de données, l'auteur analyse le début de la baisse de la fécondité, amorcée depuis les années 1990 après trois décennies d'augmentation ; une baisse surtout perceptible en milieu urbain et tout particulièrement à Ouagadougou où l'évolution du calendrier est nette. L'impact de la planification familiale est encore faible d'après J. F. Kobiane, qui attribue l'essentiel de cette diminution à des changements démographiques (la baisse de la stérilité et de la mortalité dans l'enfance, l'augmentation de l'âge moyen au premier mariage) liés à l'amélioration des conditions sanitaires et au progrès de la scolarisation. Cependant l'amorce d'une transition significative dans la capitale burkinabè peut être reliée à la progression de la contraception moderne nettement plus sensible qu'en milieu rural où des conceptions et des croyances relatives aux moyens contraceptifs freinent le développement de la planification familiale.

Le chapitre 9, rédigé par V. Delaunay à la mémoire d'A. Chahnazarian, précise les analyses précédentes. Dans un milieu rural au

Sénégal, la relative immobilité des niveaux de fécondité masque l'émergence de certains changements démographiques en matière de reproduction liés aux transformations socio-économiques consécutives à la crise. Les analyses longitudinales et transversales suggèrent en effet une évolution récente de la fécondité, avec un retard du calendrier qui pourrait être annonciateur d'une transition ultérieure. Cette évolution est étroitement liée aux transformations des conditions du mariage et des migrations saisonnières des jeunes filles et des jeunes femmes en ville, induites par les transformations socio-économiques (crise économique, affaiblissement du contrôle des aînées...). Mais l'auteur affirme que la généralisation d'une baisse de la fécondité dépendra de deux paramètres : d'une part, une formalisation d'une demande effective par les individus de maîtrise de leur fécondité, qui transparait à travers un intérêt récent des femmes pour la contraception ; d'autre part, une offre réelle de moyens contraceptifs qui n'est pas encore effective en milieu rural et reste, au Sénégal, réservée aux centres urbains malgré l'adoption d'une déclaration de politique de population en 1988 et les efforts des autorités locales pour améliorer l'offre de planification familiale.

Les diverses analyses présentées ici se trouvent en quelque sorte synthétisées dans les deux articles composant la troisième et dernière partie de l'ouvrage qui dressent un panorama, pour les contextes si dissemblables que sont le Maghreb et l'Afrique subsaharienne, des relations entre politique de population, programmes de planification familiale et transition de la fécondité.

T. Safir (chapitre 10), après avoir présenté les facteurs communs de la baisse de la fécondité dans les trois pays du Maghreb (l'Algérie, le Maroc et la Tunisie), la hausse de l'âge au mariage et les progrès de la prévalence contraceptive, analyse la mise en œuvre de la politique démographique et ses effets dans chacun de ces pays. Si, au Maghreb, le développement et l'impact des programmes de population sont dépendants comme partout ailleurs de transformations sociales et culturelles plus vastes, où se mêlent émancipation des femmes, progrès de la scolarisation, amélioration de l'état de santé... le politique et le religieux priment dans la réussite de ces programmes ou le retard qui les caractérise. L'engagement d'un leader historique comme Bourguiba en Tunisie, qui sut entraîner les autorités religieuses dans sa politique de résolution de la question

démographique, fut décisif dès l'indépendance ; il le resta pendant toute la montée en puissance du programme de planification familiale qui fit de la Tunisie un pays pionnier en la matière. À l'inverse, le frein exercé par Boumédiène, pour contrecarrer des vellétés de l'élite algérienne de limiter la croissance démographique du pays dès la fin des années 1960, est lui aussi déterminant dans le retard qui sera pris dans la mise en place des activités de planification familiale, comme il le sera dans l'affirmation du rôle pilote de l'Algérie en tant que *leader* du camp des anti-malthusiens dans la décennie 1970. Ceci dit, malgré des histoires et des calendriers différents, les pays du Maghreb apparaissent aujourd'hui comme des nations ayant réussi en grande partie à diminuer leur fécondité, à l'aide d'un recours croissant et presque majoritaire à la contraception moderne, et par conséquent à réduire leur croissance démographique bien davantage que les pays au Sud du Sahara.

T. Locoh et Y. Makdessi enfin montrent (chapitre 11) le long, et encore inachevé, cheminement des pays de l'Afrique subsaharienne vers la transition de la fécondité. De la prise de conscience par les gouvernements africains des problèmes liés à la croissance de leur population aux prémices de la baisse de la fécondité, on perçoit, à travers les itinéraires particuliers de certains pays, les lenteurs et les incertitudes des différents processus d'élaboration des politiques et de constitution des programmes de maîtrise de la fécondité. Les efforts, souvent décisifs, des différentes institutions de coopération multilatérale et bilatérale sont rappelés, de même que le rôle des cadres africains eux-mêmes pour endogénéiser des positions sur les questions de population à partir de postulats venus de l'extérieur souvent étrangers aux conceptions traditionnelles. Si les pays d'Afrique subsaharienne se sont engagés plus tard et plus timidement, avec des programmes moins affirmés que dans d'autres régions en développement, la baisse de la fécondité est aujourd'hui souvent plus rapide que les prévisions des années 1980 ne le laissaient croire. Un mouvement de transition est donc en marche, dont le rythme et la diffusion aux pays et aux milieux encore à l'écart de cette évolution dépendront de l'efficacité des programmes et de leur inscription dans des politiques de développement social.

Pour clore cette introduction, je voudrais remercier tout d'abord les auteurs des chapitres ici rassemblés qui ont bien voulu livrer aux

lecteurs leurs analyses sur un thème complexe, à l'intersection de la science politique, de l'analyse institutionnelle et de la démographie. Ils ont accepté, avec patience et dévouement, de reprendre leur texte pour l'actualiser en fonction de données récentes.

Je voudrais remercier ensuite l'ENSEA et l'ORSTOM, devenu aujourd'hui IRD, qui ont organisé le séminaire d'Abidjan, les participants à ce séminaire qui ont discuté la première version des textes, et le FNUAP, qui a subventionné cette réunion. Je voudrais remercier également les chercheurs ayant participé à l'organisation du séminaire et soutenu la réalisation de cet ouvrage : Agnès Adjamagbo, Agnès Guillaume et Koffi N'Guessan, ainsi que Raïmi Fassassi, pour son aide dans la mise au point de certains textes. Je voudrais remercier enfin les lecteurs anonymes de la collection et Yves Charbit pour leurs corrections attentives du manuscrit, et Hervé Domenach pour son appui amical et ses encouragements jamais démentis durant ce travail d'édition.

Patrice Vimard

Références bibliographiques

- FOOTE K.A., HILL K.H. et MARTIN L.G., 1996, *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et Documents, Cahier n° 135, INED-PUF diffusion, Paris, 371 p.
- LOCOH T. et HERTRICH V. (éds.), 1994, *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 308 p.

PREMIÈRE PARTIE

**DES POLITIQUES DE FÉCONDITÉ À LA
MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES
DE PLANIFICATION FAMILIALE**

CHAPITRE 1

LA POSITION DES GOUVERNEMENTS AFRICAINS VIS-À-VIS DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

De la Conférence de Bucarest à celle du Caire

Daniel M. SALA-DIAKANDA

Membre de la Commission Économique des Nations unies pour l'Afrique

« On ne peut pas parler de la planification familiale à une femme qui a faim. On ne peut pas en parler non plus à une femme dont l'enfant est mourant »

Dr. Bisi Ogunleye (cité par B. Barnett, 1994)

INTRODUCTION

Alors qu'en 1974, à la Conférence de Bucarest, la simple évocation des politiques tendant à réduire la fécondité dans le Tiers monde en général et en Afrique en particulier divisait les opinions, vingt ans plus tard, à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue en septembre 1994 au Caire, c'est à peine si ces politiques ont fait l'objet de débats. Hier, la planification familiale était rejetée en bloc, en faveur du « développement » considéré comme « la meilleure pilule », aujourd'hui, c'est l'avortement qui est la vedette des débats internationaux. Le développement tardant à être au rendez-vous en Afrique, on ne rejette plus la planification familiale, qui est même élevée au rang de « Droit de l'homme », mais on refuse d'y inclure l'avortement.

En effet, le programme d'action adopté au Caire énonce que « ... hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé » (Nations unies, 1994, p. 45). Le débat s'est donc en quelque sorte déplacé des causes d'un accroissement naturel rapide de la population aux moyens acceptables pour ralentir cet accroissement, et les participants à la Conférence du Caire de convenir : « L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale » (Nations unies, 1994, p. 66). Comment a évolué la position africaine vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité pour que, à la quasi-unanimité, les gouvernements du continent participent au consensus du Caire ?

Ce premier chapitre tente précisément de retracer l'évolution de la position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité depuis la Conférence de Bucarest (1974) jusqu'à celle du Caire (1994). On examine en particulier la position relative à la croissance de la population et à sa relation avec le développement, les buts quantitatifs fixés, la place attribuée aux programmes de planification familiale dans l'ensemble des politiques de population. Dans ce cadre général, on s'est efforcé de mettre en évidence d'une part les différences entre les pays, ou les groupes de pays, et les facteurs de ces différences (situation démographique, environnement culturel, religieux, ...), d'autre part le rôle des institutions internationales, des ONG et des Églises dans l'évolution constatée. Afin de proposer quelques éléments de réponse à la question « quelles politiques en matière de fécondité pour l'avenir ? », on s'est enfin interrogé sur la pertinence des politiques jusqu'alors prônées dans ce domaine, à la lumière de l'approche globale et intégrée des questions de population et de développement durable adoptée au Caire.

DE BUCAREST À MEXICO : D'UN DISCOURS NATALISTE À UN DÉSIR PLUS GRAND DE MAÎTRISER LA FÉCONDITÉ

De la relation entre croissance de la population et développement

Devant l'insistance des pays occidentaux pour que le Tiers monde en général, et l'Afrique en particulier, adopte des programmes de réduction de la fécondité afin de sortir progressivement du sous-développement, les gouvernements africains, sous la houlette de l'Algérie, qui assurait alors la présidence du mouvement des « non-alignés », avaient, lors de la Conférence mondiale sur la population (Bucarest, 1974), soutenu qu'il ne se posait pas chez eux de problèmes de population et que, en tout état de cause, « le développement socio-économique était la meilleure pilule » ; réciprocité diplomatique oblige, ils opposaient ainsi aux tenants du « tout planning familial » une fin de non recevoir. À une époque où la guerre froide avait atteint son paroxysme, il s'agissait essentiellement là d'une position idéologique et stratégique, car la connaissance des niveaux et tendances des phénomènes démographiques en Afrique ainsi que leur interrelation avec les autres aspects du processus de développement était insuffisante.

La position défendue par le Tiers monde à Bucarest doit être replacée dans le cadre global des relations Nord-Sud. Pour comprendre le rôle en pointe de l'Algérie à Bucarest, il convient de rappeler le contexte de l'époque. Dans une communication personnelle à l'auteur de A. Bahri, membre de la délégation algérienne, on lit notamment ceci : « Le Tiers monde venait d'émerger d'une longue nuit coloniale et se ralliait volontiers à des thèmes unificateurs et mobilisateurs sur des revendications propres à promouvoir son développement. Comme le Tiers-État, son cahier de doléances était plein d'accusations contre un ordre économique international, considéré comme injuste, comme source du sous-développement, du retard et d'autres maux dont souffrait manifestement la province tiers-mondiale, partie d'une planète en voie d'unification, par la rapidité de la communication, le regroupement en blocs et alliances, etc., malgré les barrières linguistiques, culturelles, idéologiques et autres. L'analyse des revendications montrait que des préoccupations de court et moyen terme avaient le pas sur celles du long terme. Bien

évidemment, le démographe ne s'y retrouvait pas ! Mais la Conférence de Bucarest n'était pas la sienne. Elle venait juste après une autre réunion, également mondiale, consacrée alors à la recherche d'un nouvel ordre économique international. Il se trouvait que le pays que je représentais, comme membre de délégation, était investi d'un mandat précis, celui d'être le porte-drapeau de ce Tiers monde en éveil. La convocation, quelques semaines plus tôt de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le nouvel ordre économique international, était considérée par l'opinion mondiale comme une victoire, tant il était vrai que les dirigeants des autres pays partenaires ne voulaient pas en entendre parler. Les amener à une table de négociations sur le thème de la recherche d'un monde plus équitable constituait, assurément, un pas positif, et une contribution majeure pour le rapprochement des peuples et pour la paix. Mais, à la session extraordinaire, il était question de meilleure rémunération des produits de base, d'une amélioration des circuits commerciaux et financiers, de la recherche d'un support pour financer le développement économique de pans entiers de l'humanité. De contraception, pas un mot ! Et pour cause ! Les dirigeants du Tiers monde avaient d'autres chats à fouetter et devaient parer au plus pressé. Mais cela ne voulait pas dire qu'il n'existait pas de problème de population et qu'il ne fallait pas en parler. La preuve, ces mêmes dirigeants ont dépêché d'importantes délégations à Bucarest. Que s'y est-il passé ? Question lancinante dont la relation varie avec la position de celui qui la rapporte ! Pour un Sirius algérien, Bucarest a mis encore une fois en évidence la réticence à écouter le point de vue du Tiers monde, selon lequel seule une négociation globale de tous les aspects - y compris les questions de population - des problèmes de développement était à même de permettre une coopération franche pour l'établissement d'un monde plus juste, et donner la chance aux pays pauvres de s'en sortir, ce que A. Sauvy, à l'époque, avait qualifié de combat du pot de terre contre le pot de fer [...]. Bucarest était aussi le spectacle, organisé à grands frais par certains pays, en marge de la Conférence officielle, pour convaincre de la sincérité et de la générosité de leur position. Il y a à parier que de nombreux malentendus ont persisté de part et d'autre. Le Tiers monde n'a pas eu sa négociation globale, les autres n'ont pas convaincu que le meilleur contraceptif n'était pas le développement. Le Plan d'action de Bucarest constitue un compromis, qui a servi de point de départ à des réflexions ultérieures plus riches et à des révisions de positions intéressantes. Il a également permis au temps de jouer son rôle de révélateur, lent mais sûr, de quelques contours, qui maintenant émergent à la face des uns

et des autres [...]. A la lumière des crises des années 80, je me demande si les avocats de la revendication pour un nouvel ordre économique international, finalement, n'avaient pas raison dans leurs analyses. On peut imaginer ce que le monde aurait gagné au cours de cette décennie, si au moins quelques demandes du Tiers monde avaient reçu satisfaction. Faute d'une politique concertée pour un vrai développement, différents acteurs se sont engouffrés dans la voie facile des conflits guerriers et des industries d'armement, alors que Keynes lui-même aurait sans doute prêché une politique de grands travaux pour équiper les pays pauvres et relancer l'emploi un peu partout. Mais Keynes est mort et le principe de « qui ne donne rien n'a rien » est toujours vivant. Les flux financiers continuent de se diriger du Sud vers le Nord, malgré les bons sentiments prônés en matière d'« aide ». Par ailleurs, il semble que les riches ont mieux tiré la leçon de Bucarest que les pauvres. En effet, ils ont réalisé qu'une position non nuancée sur la question de population n'était pas réaliste et devait être révisée et affinée, mais les pauvres en viennent trop lentement à intégrer les variables démographiques dans leurs stratégies et dans leurs plans. Pourquoi cette lenteur dans le mouvement ? Bon sujet de réflexion ! ».

Dans un sens, donc, Bucarest consacrait l'échec des négociations entre le Nord et le Sud pour la conduite des affaires de la planète. Les stratégies de développement adoptées par la quasi-totalité des pays africains au cours des années 1970 reflétaient en conséquence cette position idéologique et stratégique, défendue à Bucarest, en accordant une importance démesurée à la croissance économique. Comme nous le verrons, les positions des uns et des autres ont beaucoup évolué depuis lors. On sait en effet, aujourd'hui, que non seulement croissance économique ne rime pas nécessairement avec développement, en particulier le développement humain, mais aussi que la situation économique de l'Afrique n'a cessé de se détériorer depuis le choc pétrolier de 1973. Les Chefs d'État et de gouvernement africains notaient déjà, en 1980, « ... qu'au lieu d'apporter une amélioration de la situation économique du continent, les stratégies successives ont mis le continent dans un état de stagnation et l'ont rendu plus vulnérable que les autres régions, aux crises sociales et économiques dont souffrent les pays industrialisés. Ainsi, l'Afrique s'est-elle trouvée incapable d'atteindre le moindre taux significatif de croissance ou un niveau satisfaisant de bien-être général au cours de ces vingt dernières années » (OUA, 1982). Le constat s'est, depuis lors, alourdi et le continent est, à l'heure actuelle, non seulement

économiquement marginalisé, mais « les Africains sont, dans leur écrasante majorité, enfermés dans un cercle vicieux d'ignorance, de pauvreté, de chômage et de sous-emploi, de malnutrition, de faim, de maladies, de mauvaise santé et de pénurie de logement. Ces fléaux se combinent de façon destructive pour aggraver d'autres problèmes sociaux, en particulier la faiblesse des structures familiales, la criminalité, l'abus des drogues, le manque de logements, les enfants des rues, la délinquance et la prostitution » (OUA/CEA, 1994, p. 4).

Les politiques de population, implicites ou non¹, étant - ou devant être - une facette ou une partie intégrante des stratégies globales de développement, quelle a été la position des gouvernements africains face au niveau de fécondité observé dans les pays et son effet sur le processus de développement ? Il convient d'abord de signaler que parmi les stratégies adoptées en Afrique pour infléchir le niveau de fécondité, on peut citer : les programmes et services de planification familiale, les mesures pour améliorer le statut et le rôle des femmes, l'éducation, surtout celle des filles, le recul de l'âge au premier mariage, les programmes et services de santé maternelle et infantile, etc. Il ne fait cependant pas l'ombre d'un doute que du fait d'une situation économique catastrophique et de la préférence affichée des principaux donateurs impliqués dans les questions de population en Afrique, une importance particulière a été accordée aux programmes et services de planification familiale qui ont drainé l'essentiel des ressources destinées à la formulation et à la mise en œuvre de politiques de population².

Une analyse des enquêtes de l'ONU menées auprès des gouvernements depuis la Conférence de Bucarest³ montre non seulement l'évolution de la perception que ces gouvernements ont en la matière mais aussi leur désir d'infléchir le niveau de fécondité et, donc, le taux de croissance naturelle de la population, étant entendu que l'unanimité est de règle en ce qui concerne la nécessité de réduire

¹ Ne pas adopter une politique explicite dans un domaine donné n'équivaut pas moins à se positionner politiquement sur la question ; une absence de politique déclarée est une politique dont il faut mesurer tôt ou tard les conséquences.

² Signalons, en passant, que le recours à des aides financières extérieures pose l'épineux problème de l'appropriation (*ownership*) et, donc, de la maîtrise des programmes de développement dans les pays pauvres.

³ Bien que les résultats de ces enquêtes soient dans l'ensemble cohérents d'une période à une autre, il n'en demeure pas moins que la prudence s'impose dans leur interprétation car ils ne sont, au mieux, qu'indicatifs.

la mortalité dont le niveau est considéré par tous comme inacceptable (tableau 1 en annexe). Il ressort de cette analyse que, deux années après Bucarest, sur 48 pays africains ayant répondu à l'enquête de l'ONU, une très grande majorité, soit 30 pays (62 %), estimait que leur fécondité était soit satisfaisante (25 pays), soit trop basse (5 pays) contre 38 %, c'est-à-dire 18 pays, qui étaient d'avis que leur fécondité était trop élevée et qu'il fallait la réduire. Dans le premier groupe, on compte 17 pays francophones dont 3 (le Cameroun, la République centrafricaine et le Gabon) considéraient que leur fécondité était trop basse ; le Gabon estimait même qu'il fallait l'augmenter. Faut-il signaler qu'il s'agit là des pays d'Afrique centrale qui, avec le Zaïre, étaient alors très fortement affectés par une sévère infécondité pathologique ? (Sala-Diakanda, 1981, 1988). Il convient par ailleurs de noter que le premier groupe est dominé aussi par des pays musulmans ou ayant une proportion importante de personnes de religion musulmane. Dans le second groupe, on compte, sur 18 pays, à peine 6 francophones ou ayant le français comme langue officielle de travail, parmi lesquels 5 de confession musulmane.

Dix ans après, à la veille de la Conférence internationale sur la population réunie à Mexico en 1984, les enquêtes révélaient une position sensiblement modifiée et relativement plus équilibrée en ce qui concerne la position des gouvernements africains vis-à-vis de la fécondité et de sa relation avec le développement. La proportion de pays du groupe II passe ainsi de 38 % à 49 %, et celle du premier groupe de 62 % à 51 %. Le Congo et la Guinée Conakry, qui estimaient que leur fécondité était satisfaisante et qu'il ne fallait aucune intervention, ont rejoint la position gabonaise pendant que la Libye suivait la trajectoire inverse. On note également dans ce premier groupe que le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Niger, Sao Tomé et Príncipe et le Togo passent de la position du « laisser faire » à celle d'une intervention pour maintenir le niveau de la fécondité. On notera le changement de position de l'Algérie⁴, ainsi que d'autres pays du premier groupe comme le Burundi, le Cameroun, l'Éthiopie et la Gambie, qui sont passés du premier au second groupe. Il en est résulté que le nombre total de pays partisans du « laisser faire » est passé de 27 à 16 dans le premier groupe pendant que, dans le second, le nombre de pays déclarant avoir une politique cohérente

⁴ A propos de l'Algérie, on lira notamment avec intérêt l'ouvrage de L. Aouragh, intitulé « L'économie algérienne à l'épreuve de la démographie », publié en 1996 par le Centre français sur la population et le développement (CEPED).

d'intervention pour réduire la fécondité est passé de 12 à 17 sur un total, respectivement, de 18 et 25 pays qui jugeaient que la fécondité était trop élevée et qu'il fallait la réduire. Dans ce dernier groupe, on notera la constance de la position des pays suivants se déclarant en faveur d'une réduction de leur fécondité et dotés d'une politique cohérente en la matière : Afrique du Sud, Botswana, Égypte, Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, Ouganda, Seychelles et Tunisie. A l'exception de l'Ouganda, il s'agit là des pays qui sont aujourd'hui bien engagés dans le processus de transition démographique, bien qu'à des degrés divers (Chesnaï, 1995 ; Locoh et Hertrich, 1994).

Ces différents changements, qui traduisent le lent mais irréversible glissement des gouvernements du continent vers un désir plus grand de maîtriser la fécondité, sont la conséquence d'une combinaison de facteurs parmi lesquels on peut citer :

- le développement d'une expertise nationale dans le domaine accompagné d'une amélioration progressive des connaissances relatives aux tendances de l'évolution démographique en Afrique et de sa relation avec le développement ;
- l'action incessante de la communauté internationale et des organisations non gouvernementales en faveur des programmes de planification familiale sur le continent ;
- la stagnation, voire le déclin persistant de la situation économique du continent et sa marginalisation progressive liée notamment à un environnement international hostile (détérioration des termes de l'échange, lourd fardeau de la dette et du service de la dette, conditionnalités de toutes sortes liées notamment aux programmes d'ajustement structurel, fuite des capitaux nationaux et étrangers, ...) ;
- la progression de l'afro-pessimisme alimentée par l'incapacité des gouvernements africains à renverser la tendance ainsi observée.

Ainsi, à cause des stratégies de développement inadaptées et de l'incapacité des gouvernements africains à réagir spontanément et de manière appropriée aux modifications de l'environnement économique international, le développement du continent, sur lequel des millions d'Africaines et d'Africains ont placé leur espoir après les

indépendances politiques, non seulement n'est toujours pas au rendez-vous, mais paraît même plus qu'hypothétique. Cette incapacité est liée notamment au manque d'une vision prospective indispensable pour la conduite des affaires de l'État du fait particulièrement de l'absence de prise en compte des tendances démographiques - qui sont des tendances lourdes - dans les stratégies de développement⁵ et de l'absence d'une gestion démocratique de la société. Il fallait donc se rendre à l'évidence et se repositionner sur les questions de population et développement, en se faisant au besoin violence, pour donner au continent de meilleures chances de gagner la bataille du développement et pouvoir ainsi se présenter sur le plan international en véritable partenaire avec lequel le monde peut et doit compter !

Rendez-vous manqué et révision du discours : Arusha, le tournant !

En 1984, les gouvernements africains ont pris acte de la situation économique et démographique inquiétante du continent et de ses perspectives peu réjouissantes et, tirant les conclusions qui s'imposent, ils sont parvenus à un consensus sur la nécessité d'adopter et de mettre en œuvre des politiques et des programmes démographiques qui permettent de trouver des solutions durables aux grands problèmes que sont la mortalité et la fécondité élevées. Ce consensus est consigné clairement dans le « Programme d'action de Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome » (PAK) adopté à la deuxième Conférence africaine sur la population réunie à Arusha (Tanzanie) en 1984 (Nations unies/CEA, 1984). Le PAK est la position commune africaine présentée à la Conférence internationale sur la population organisée, la même année, par les Nations unies à Mexico. Il faut cependant souligner qu'en dépit du fait que le PAK constitue véritablement un document de grande valeur politique qui marque le tournant de la démographie africaine, il reste muet sur les buts quantitatifs que devront s'efforcer d'atteindre les

⁵ Peut-on du reste prendre en compte ces tendances lourdes dans les stratégies de développement lorsque, du fait notamment des programmes d'ajustement structurel axés sur la restauration à court terme des équilibres macro-économiques, la pratique de la planification à plus ou moins long terme de l'économie nationale a été abandonnée ? Comme le souligne P. K. Quarcoo (1992, p. 29), « pendant plusieurs années maintenant, de nombreux pays se sont continuellement retrouvés prisonniers des éternels programmes d'ajustement structurel pour les déséquilibres financiers prédominants, et ont ainsi abandonné toute tentative de planification du développement »

différents pays dans un avenir prévisible. C'est peut-être là le signe que beaucoup restait à faire quant à la maturation de l'idée selon laquelle il était urgent d'agir afin d'infléchir le mouvement démographique sur le continent ! Adopter explicitement une position politique est une chose, la traduire dans la pratique en ayant en tête des objectifs quantitatifs précis à atteindre dans un horizon temporel défini en est une autre et constitue véritablement un saut qualitatif par rapport au passé. Le PAK, en tant qu'instrument régional en matière de population et développement, n'a peut-être pas fait ce saut qualitatif, mais l'élan était pris : on signalera en particulier que toutes les recommandations du Programme d'Arusha ont été reprises dans le rapport de la Conférence internationale sur la population réunie à Mexico en 1984.

DE MEXICO AU CAIRE : MATURATION D'UNE APPROCHE GLOBALE ET INTÉGRÉE DES QUESTIONS DE POPULATION ET DE DÉVELOPPEMENT

Persistence de la crise économique et croissance démographique rapide : de quoi forger un consensus sur la nécessité de planifier les naissances

Depuis le début des années 80, l'économie africaine connaît une situation extrêmement difficile. Selon le rapport sur les conditions économiques et sociales en Afrique pour la période 1990-1991 :

« La crise économique des années 1980 a provoqué une détérioration importante des conditions sociales dans l'Afrique en développement. Les améliorations antérieures dans les niveaux de santé, d'éducation et d'alimentation n'ont pas été maintenues et les infrastructures furent désorganisées ou même détruites dans les zones de conflit. Les interventions des gouvernements et des donateurs bilatéraux ont été insuffisantes pour limiter les difficultés socio-économiques. Par exemple, les programmes d'ajustement structurel, avec leur approche macro-économique, n'ont pu aider à résoudre la crise sociale. La création des interactions sectorielles, qui sont essentielles

dans l'édification d'économies dynamiques, indépendantes et autosuffisantes, a été un échec » (United Nations/ECA, 1993)⁶.

Il ressort particulièrement de l'analyse par la CEA des principales tendances et questions socio-économiques que les cours des principaux groupes de produits de base (pétrole, minerais et métaux, boissons, etc.) accusaient une nette tendance à la baisse depuis 1980, réduisant ainsi considérablement les recettes tirées de l'exportation de ces produits, alors que le volume de la dette et du service de la dette extérieure totale augmentait substantiellement au cours de la même période⁷. En considérant 1980 comme l'année de base (indice 1980 = 100), on observe par exemple que, de 90 en 1985, « l'indice combiné » de ces produits de base est tombé à environ 55 entre 1986 et 1988 avant de remonter légèrement à 65 en 1989 puis à 75 en 1990. La situation du secteur agricole africain n'était pas meilleure au cours de la même période, bien au contraire. La croissance de la valeur ajoutée de la production agricole (y compris la pêche, l'élevage et les ressources forestières) était en effet de 5,1 % en 1988, 3,6 % en 1989 et 1 % en 1990. La combinaison d'une dette extérieure lourde et asphyxiante et d'une chute aussi vertigineuse de la production agricole ne pouvait qu'accroître la dépendance de l'Afrique vis-à-vis de l'extérieur. Pendant que l'économie africaine accumulait des contreperformances, la population de la région croissait au rythme effréné d'environ 3 % par an, faisant ainsi passer le nombre total d'habitants du continent de 555 millions en 1985 à 643 millions en 1990⁸. Dans ces conditions, il était évident que le continent allait avoir de plus en plus de mal à satisfaire les besoins essentiels de sa population (alimentation, éducation, emploi, logement, santé, etc.).

⁶ Traduction des éditeurs.

⁷ D'après les estimations faites par la CEA, la dette extérieure totale de l'Afrique avait augmenté de 50 % entre 1985 et 1990, passant ainsi de 186 milliards à 279 milliards US\$; cette augmentation était de 76 % en Afrique subsaharienne contre 27 % en Afrique du Nord. On note aussi par exemple que le rapport de la dette au produit intérieur brut était de 93,8 % en 1989 et 86,9 % en 1990 ; pour l'Afrique subsaharienne ce rapport était de 96,6 %, et 98,1 % respectivement (ECA, 1994).

⁸ A l'époque (1985-1990), le nombre moyen d'enfants par femme africaine variait entre 6,5 et 6,9 quelle que soit la sous-région, à l'exception de l'Afrique du Nord (5,1 à 5,7 enfants) et de l'Afrique australe (4,5 à 4,9 enfants). Les rares pays africains où l'indice synthétique de fécondité était estimé à moins de 4 enfants par femme étaient la Tunisie (3,9), les Seychelles (3,5), la Réunion (2,5) et l'Île Maurice (2,1)

On peut dès lors comprendre que deux ans après la Conférence de Mexico, les enquêtes de l'ONU aient confirmé la poursuite de l'évolution de la position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques de réduction de la fécondité et, donc, du ralentissement de la croissance démographique. On note en effet qu'en 1986 il n'y avait plus que deux pays, le Gabon et la Guinée équatoriale, qui estimaient que leur fécondité était trop basse (tableau 1 en annexe). Le nombre de pays considérant le niveau de leur fécondité comme satisfaisant était passé de 21 à 18, et ceux qui étaient d'avis qu'il fallait réduire la fécondité étaient désormais majoritaires, leur nombre étant passé de 25 à 31 sur un total de 51 pays. Ainsi, la proportion de pays du premier groupe est passée de 51 % à 39 %, et celle des pays du groupe II de 49 % à 61 % entre 1983 et 1986. Parmi les pays du groupe II, on compte à peine 11 francophones contre 20 anglophones ; aucun pays lusophone ne figure dans ce groupe. Le premier groupe est en revanche dominé par des pays non-anglophones quasiment tous de l'Afrique Centrale ou de l'Ouest, à l'exception de la Somalie et du Soudan. Du point de vue de l'appartenance religieuse, on constate que les pays musulmans se distribuent presque également entre les deux groupes. Parmi les changements les plus significatifs, on notera le cas de la République centrafricaine, de la Guinée Conakry, du Malawi, du Niger, du Nigeria, de la Tanzanie et de la Zambie qui sont passés du premier au second groupe, alors que Djibouti faisait le chemin inverse. Entre 1986 et 1989, le nombre de pays du groupe I est passé de 20 à 18, mais il convient de souligner qu'on y compte désormais l'Île Maurice - pays considéré comme une des rares *success stories* en matière de planification familiale en Afrique⁹ - et Madagascar qui, après avoir appartenu constamment au groupe II, estiment désormais leur fécondité satisfaisante.

Le changement le plus marquant, après la Conférence de Mexico, s'observe dans les attitudes et politiques des gouvernements face à la dissémination et à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. En effet, la proportion de pays apportant un appui direct aux programmes de planification familiale, sans restriction d'aucune sorte,

⁹ « Aussitôt amorcée, la baisse de la fécondité des femmes mauriciennes a été très rapide, le taux brut de natalité passant de 39 pour 1000 au début des années soixante à 18 pour 1000 en 1986. Le nombre d'enfants par femme passait de 5,9 à 1,9 pendant la même période. On a noté une légère augmentation vers la fin de la dernière décennie, due probablement au rattrapage des naissances coïncidant avec une vague de prospérité économique. Ainsi, en 1990, le taux brut de natalité était estimé à 21 pour 1000, tandis que le nombre d'enfants par femme s'élevait à 2,3 » (CEPED, 1994).

ne dépassait jamais 50 % avant 1984, et cette proportion est passée à 74 % en 1986 et à 78 % en 1989 ; ce qui correspond respectivement à 24, 38 et 40 pays sur un total de 51 (tableau 2 en annexe). Les seuls pays qui, en 1989, n'appartenaient pas à cette catégorie sont ceux qui n'apportent aucun appui officiel aux méthodes contraceptives modernes (Cameroun, Djibouti, Gabon et Guinée équatoriale) et ceux qui appuient indirectement ces méthodes : Bénin, Côte d'Ivoire, Libye, Madagascar, Mauritanie, Somalie et Tchad. Aucun de ces pays cependant n'impose de restrictions particulières à la mise en oeuvre des programmes de planification familiale.

Cette évolution relativement rapide, depuis 1984, des attitudes et politiques des gouvernements, dans un domaine considéré jusqu'ici comme extrêmement sensible sur le continent, confirme qu'une page de l'histoire de la démographie africaine est bel et bien tournée. Elle traduit également la volonté des États de bénéficier des effets combinés des programmes de planification familiale et des efforts qu'ils continuent à déployer pour leur développement socio-économique, manifestement sans succès, pour ralentir un taux de croissance naturelle qui continue à être de loin le plus rapide du monde.

En dépit de cette acceptation des programmes de planification familiale, l'avortement continue à être un sujet très chargé en émotion et, donc, source de division des opinions. On se rappellera du reste l'extrême focalisation sur ce point lors de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994. Le *paragraphe 8.25* du Programme d'action du Caire - qui a suscité des débats intenses et très passionnés durant la Conférence - fixe du reste un code de bonne conduite en stipulant notamment que : « L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressés sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement » (Nations unies, 1994). Une lecture attentive de ce paragraphe montre cependant que

tout en rejetant l'avortement comme méthode de planification familiale, la communauté internationale, non seulement ne nie pas l'existence du problème, à savoir le recours illégal ou non à l'avortement, mais aussi donne à la planification familiale une place qui ne lui était pas reconnue dans la plupart des pays il y a 20 ans.

Une analyse des politiques en matière d'avortement permet de discerner les motifs qui autorisent la pratique d'un avortement (tableau 3 en annexe). Il en ressort que 47 pays sur 50 (soit 94 %), pour lesquels les informations sont disponibles, autorisent l'avortement pour sauver la vie de la mère, 25 pays (50 %) l'acceptent pour des raisons de santé physique de la mère, 16 (32 %) pour la santé mentale, 11 (22 %) en cas d'inceste, 10 (20 %) lorsque le fœtus est non viable, 3 (6 %) pour des raisons sociales et économiques et 1 seul pays (2 %) - la Tunisie - autorise la pratique de l'avortement sur simple demande ! S'il est vrai que beaucoup de pays africains, de concert avec le Vatican et les pays musulmans, se sont élevés contre la tentative de certains pays du Nord de vouloir imposer la légalisation de l'avortement comme méthode de contrôle des naissances, il est clair, comme hier pour la planification familiale, qu'on s'achemine lentement vers un consensus sur la nécessité de recourir à l'avortement dans certaines circonstances particulières, comme par exemple lorsqu'il s'agit de sauver la vie de la mère ou préserver sa santé physique, voire mentale. Le « chapeau »¹⁰ du chapitre II du programme adopté au Caire, qui fait référence aux législations nationales, aux différentes valeurs religieuses, culturelles et éthiques, n'y pourra rien ; il a été placé là comme compromis ayant satisfait les différents protagonistes. Il faut d'ailleurs signaler qu'à la Quatrième conférence mondiale sur les femmes tenue à Pékin en septembre 1995, non seulement le consensus obtenu au Caire a été reconduit, mais il a été recommandé que « les gouvernements révisent les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en matière d'avortement ». Il s'agit là, sans conteste, d'une nouvelle avancée en la matière ! Ce qui, en tout état de cause, semble désormais incontestable, c'est que l'avortement n'est plus un sujet tabou ; il suffit de se rappeler le tapage médiatique fait autour de cette question dans le cadre de la Conférence du Caire, tapage largement

¹⁰ « La mise en œuvre des recommandations figurant dans le programme d'action est un droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement, en respectant pleinement les diverses religions, les valeurs éthiques et les origines culturelles de son peuple, et en se conformant aux principes des droits de l'homme universellement reconnus » (Nations unies, 1994).

provoqué et alimenté par les confessions religieuses, nous y reviendrons. De l'analyse du contenu du document du Caire, il ressort qu'il faut éviter qu'on en arrive finalement à banaliser l'avortement. Un vigoureux programme d'éducation à la vie familiale - en faveur des adolescentes particulièrement - est dès lors indispensable si l'on veut réduire substantiellement les risques d'une grossesse non désirée et donc la tendance à recourir à l'avortement et, à terme, sa banalisation. C'est, en quelque sorte, le sens du consensus du Caire sur la question.

Le consensus du Caire

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire est la troisième du genre organisée sous l'égide de l'ONU, après Bucarest (1974) et Mexico (1984). On note que « la Conférence du Caire a expressément reçu un mandat plus large sur les questions touchant au développement que les conférences précédentes sur la population, ce qui traduit une prise de conscience croissante du fait que la population, la pauvreté, les modes de production et de consommation et d'autres menaces pesant sur l'environnement sont des questions si étroitement imbriquées qu'aucune d'entre elles ne peut être examinée isolément » (Nations unies, 1994).

C'est ainsi que le programme d'action, adopté au Caire pour les deux prochaines décennies, établit clairement un lien entre la population, la pauvreté, le développement durable, les droits de la femme et la santé de la reproduction, et met nettement l'accent sur la nécessité d'une approche intégrée pour relever le défi auquel l'humanité fait face. Le Tiers monde n'avait-il donc pas raison à Bucarest ? Quoi qu'il en soit, la communauté internationale a reconnu, au Caire, que les modes actuels de consommation et de production non durables sont en train d'épuiser les ressources naturelles et de détériorer l'environnement, tout en accentuant les inégalités sociales et la pauvreté ; les pays du Sud, quant à eux, considèrent désormais la nécessité de maîtriser leur croissance démographique rapide. L'enjeu du développement étant de satisfaire les besoins et d'améliorer la qualité de la vie des générations actuelles sans porter atteinte à la capacité qu'auront les générations futures de satisfaire leurs propres besoins, le Programme d'action énonce les mesures à prendre aux niveaux national, régional et international, pour relever ce défi, et ce dans trois domaines interdépendants : l'intégration des stratégies en matière de population et de développement ; la population, la

croissance économique soutenue et la pauvreté ; la population et l'environnement.

La CIPD avait été précédée par des conférences régionales et par trois réunions de son Comité préparatoire pour forger le consensus qui a fait le succès du Caire. C'est dans ce cadre que les pays africains s'étaient réunis en 1992 à Dakar, à l'occasion de la troisième Conférence africaine sur la population, où ils ont adopté la « Déclaration de Dakar/N'gor sur la population, la famille et le développement durable » (DDN) qui a été entérinée par les Chefs d'État en juin 1994 à Tunis. Dans cette déclaration, les pays réitèrent la nécessité « d'intégrer les politiques et programmes de population dans les stratégies et programmes de développement¹¹ en mettant l'accent sur le renforcement des secteurs sociaux en vue d'influer sur le développement humain et de tendre à la résolution des problèmes de population, en fixant des objectifs nationaux quantifiés en matière de réduction de la croissance démographique, de sorte de ramener le taux d'accroissement naturel de la population à 2,5 % pour la région d'ici à l'an 2000 et à 2 % d'ici à l'an 2010 » (CEA, 1994).

En ce qui concerne plus particulièrement les politiques et programmes visant à infléchir le niveau de fécondité, la CIPD énumère les mesures à prendre en mettant subtilement l'accent sur l'individu et le couple¹², et en donnant une place privilégiée aux aspects ci-après : la santé en matière de reproduction, le droit inaliénable des individus au « choix » reproductif et les moyens pour y parvenir, le statut et l'habilitation de la femme. On lit notamment au *paragraphe 7.16* que : « Tous les pays devraient, au cours des prochaines années, procéder à une évaluation des besoins nationaux restant à satisfaire en matière de services de planification familiale de bonne qualité et d'intégration de ces services dans le contexte de la santé en matière de reproduction, en accordant une attention

¹¹ Ce problème avait déjà été soulevé dans le Programme d'action de Kilimandjaro adopté en 1984 et dont le taux d'exécution, d'après le constat fait à Dakar en 1992, demeure faible. Signalons que dans la Déclaration de Dakar/N'gor, il est instamment demandé aux gouvernements africains d'accélérer la mise en œuvre des recommandations contenues aussi bien dans le PAK que dans la DDN. Un Comité de suivi (CS) a été mis sur pied, à cet effet, par la Conférence des ministres de la CEA lors de sa session de 1993 ; de son côté, l'OUA a créé une Commission africaine de la population (CAP).

¹² La notion de « famille » n'a ici ni le contenu ni la place centrale que lui reconnaissent les gouvernements africains dans la Déclaration de Dakar/N'gor.

particulière aux groupes les plus vulnérables et les plus mal desservis de la population. Tous les pays devraient prendre des mesures pour satisfaire le plus tôt possible les besoins de leur population dans le domaine de la planification familiale et, d'ici à l'année 2015, s'efforcer dans tous les cas de mettre à la disposition de chacun une gamme complète de méthodes sûres et fiables de planification familiale et de services connexes de santé en matière de reproduction qui ne soient pas contraires à la loi. L'objectif devrait être d'aider les couples et les individus à avoir les enfants qu'ils désirent et à exercer pleinement leur libre choix dans ce domaine » (Nations unies, 1994)¹³.

Au niveau du continent, la Déclaration de Dakar/N'gor recommande de « faire en sorte que soient disponibles toutes les méthodes éprouvées de contraception et de planification familiale, y compris les méthodes traditionnelles et les méthodes naturelles, en garantissant le choix, l'objectif étant de doubler le taux d'utilisation de contraceptifs dans la région pour le faire passer de 10 % environ à approximativement 20 % d'ici à l'an 2000 et 40 % d'ici à l'an 2010 » (CEA, 1994). En dehors du débat sur l'avortement, déjà évoqué, les pays africains n'avaient donc - au Caire - aucune difficulté à se joindre au consensus sur la nécessité d'une approche globale recommandant d'intégrer les questions de population dans la formulation, l'exécution, le suivi et l'évaluation de toutes les stratégies axées sur le développement durable, bien au contraire¹⁴. De même, les pays africains ont aussi accepté la nécessité de promouvoir et de soutenir les programmes de planification familiale, et de « faciliter la prise en charge par les couples et les individus de leur santé en matière de reproduction, en abolissant toutes les restrictions injustifiées d'ordre juridique, médical, clinique et réglementaire à l'information sur les services et méthodes de planification familiale et à l'accès à ces services et méthodes » (Nations unies, 1994). Une révolution !

¹³ Les pays musulmans demandaient en particulier que la notion de la famille soit restreinte aux seuls couples mariés légalement, car la formulation actuelle, qui fait référence aux « droits des couples et individus à avoir des enfants », reconnaît implicitement ces droits aux couples non mariés.

¹⁴ Les pays africains ont d'ailleurs fortement insisté pour que la question des migrations internationales, en particulier le « droit au regroupement familial », figure en bonne place dans le Programme d'action. A la demande des pays du Nord, le concept de « droit » n'a pas été retenu dans le texte final. Il a néanmoins été suggéré l'organisation, par les Nations unies, d'une conférence mondiale sur les migrations internationales et le développement.

Il convient de souligner également que, pour la première fois, les organisations non gouvernementales (ONG) en général et les associations des femmes en particulier ont joué un rôle sans précédent dans une conférence onusienne de ce niveau, et ce, non seulement à chacune de ses étapes préparatoires - aussi bien au niveau national, régional que mondial - mais aussi au Caire où leur présence et leur influence étaient remarquées. Parallèlement à la CIPD en effet, un « Forum des ONG » a été organisé non loin du lieu de la Conférence. On a estimé que près de 10 000 participants, en majorité des femmes, ont pris part aux travaux de ce Forum. Cette implication des ONG dans la conduite des affaires du monde a été reconnue dans le Programme d'action où l'on peut lire notamment : « Le rôle, effectif et potentiel, des organisations non gouvernementales étant mieux reconnu dans de nombreux pays comme aux niveaux régional et international, il importe d'en affirmer l'intérêt pour l'élaboration et la mise en œuvre du présent programme d'action. Pour relever efficacement les défis que posent la population et le développement, il doit s'instaurer entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales (c'est-à-dire les associations et organismes à but non lucratif de caractère local, national et international) un large et efficace partenariat propre à contribuer à la formulation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des objectifs et activités » (Nations unies, 1994, p. 117). Signalons, à ce sujet, que la CEA a organisé en 1995, à Abidjan (Côte d'Ivoire), en collaboration avec l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), la Banque africaine de développement (BAD), le Fonds des Nations unies pour la Population (FNUAP) et la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), un « Atelier d'experts et d'ONG sur la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/N'gor et du Programme d'action de la CIPD » (CEA, 1995).

Sachant qu'en Afrique les ONG ont été pionnières dans la transmission d'expériences en matière de population et ont ainsi joué un rôle de premier plan dans l'évolution des positions sur les questions de population (Sala-Diakanda, 1991), une telle ouverture ne peut que contribuer, comme on le verra ci-après, à une modification profonde des politiques en matière de fécondité aussi bien en termes de priorités, de contenu que d'activités pour leur mise en œuvre, suivi et évaluation. Étant donné par ailleurs que les ONG mènent souvent leurs actions au niveau des communautés locales, avec une participation active de celles-ci, on peut logiquement s'attendre à ce que les politiques et programmes de population aient désormais plus d'impact que naguère. Il en sera particulièrement ainsi si les nouvelles

politiques de population sont élaborées à partir de la base et prennent en compte les vrais problèmes qui se posent à la société dans son ensemble, l'indispensable dimension humaine des questions de développement, et les préoccupations morales et éthiques notamment exprimées au Caire, aspects qu'il serait préjudiciable d'ignorer complètement !

À bien des égards, la CIPD s'est distinguée des conférences de Bucarest et de Mexico. Comme le soulignent en effet A. McIntosh et J. Finkle (1995), « la fin de la guerre froide, l'élection d'un président libéral aux États-Unis et le niveau de participation d'organisations non gouvernementales jusqu'ici inégalé sont des facteurs qui ont contribué à la création d'un climat politique où les politiques démographiques orthodoxes ont été dévaluées. Pour combler la lacune, la Conférence a tracé les grandes lignes d'un « nouveau paradigme » : l'objectif de la réduction de la croissance démographique à l'échelle mondiale a été remplacé par un modèle basé sur l'individu qui prône la santé, les droits, le statut et la valorisation de la femme ». En effet, prônant une approche intégrée des questions de population et développement, le Programme d'action du Caire reconnaît l'importance de la planification familiale dans la lutte contre le sous-développement et privilégie ainsi l'approche « offre des services » fortement recommandée par les principales agences de développement de ce secteur. Il met également l'accent sur la nécessité de créer les conditions susceptibles d'améliorer le niveau et la qualité de vie des populations, en particulier des femmes, par la mise en œuvre des programmes sociaux appropriés notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation afin de provoquer, à terme, l'amélioration du statut et du rôle de la femme, ainsi que l'émergence des normes favorables à une réduction volontaire des naissances ; ce qui, en définitive, susciterait une forte demande des services offerts par les programmes de planification familiale.

LES ÉGLISES ET LA PLANIFICATION FAMILIALE : DES ATTITUDES DIFFÉRENCIÉES

Dans une précédente étude, nous avons fait remarquer que face à la question de la population, les Églises ne sont pas restées indifférentes eu égard à leur rôle, reconnu ou supposé, de « garantes de la conscience humaine » (Sala-Diakanda, 1991). En dehors de

l'animisme, les populations africaines se partagent entre deux grands groupes religieux : les chrétiens (catholiques, protestants et orthodoxes) et les musulmans. Pratiquement toutes les confessions religieuses établies en Afrique sont natalistes, mais elles acceptent plus ou moins le principe de la régulation des naissances ; elles divergent cependant sur les moyens et pratiques à mettre en œuvre pour y arriver, comme d'ailleurs ce fut le cas entre les différentes délégations à la Conférence du Caire.

A l'occasion du Forum des ONG organisé parallèlement à la CIPD, le Conseil mondial des Églises, réunissant des protestants, anglicans et orthodoxes, avait souligné que, bien que les églises qu'il représente aient des approches différentes des questions concernant la sexualité, les méthodes contraceptives et l'avortement, elles affirment à la fois leur refus de l'avortement comme méthode contraceptive et la nécessité de tenir compte des réalités concrètes de la vie des femmes, surtout dans les pays du Sud. Le Conseil est même allé plus loin en affirmant que le traitement injuste et l'exploitation systématique auxquels sont soumises les femmes font du recours légal à l'avortement sous bonne surveillance médicale une nécessité morale. Nous savons par ailleurs que dès 1930, la Conférence des évêques anglicans de Lambeth s'était prononcée en faveur de la limitation des naissances au sein du mariage par des méthodes contraceptives et non par l'avortement.

Réagissant à ce qui pourrait être considéré comme « le réalisme protestant », l'Église catholique avait, la même année, précisé sa doctrine dans l'encyclique *Casti Connubii* du pape Pie XI ; de façon générale, l'Église catholique manifeste une opposition radicale aux méthodes contraceptives. En 1951 toutefois, une révision introduite par Pie XII permet, dans certaines circonstances, l'utilisation de la méthode rythmique ; cette nouvelle position, réaffirmée par Paul VI en 1968 dans son encyclique *Humanae Vitae*, est reprise par Jean-Paul II en 1981 dans son exhortation apostolique *Familiaris Consortio*. L'Église catholique, qui a réitéré très fortement sa position au Caire et ainsi joué un rôle de premier plan lors des débats, considère que ce qui est présenté comme la « bombe démographique » mondiale se révèle de plus en plus être un mythe qui justifie « l'impérialisme contraceptif » actuel. Le Saint-Siège a non seulement émis une

réserve sur plusieurs chapitres du programme d'action¹⁵, mais il a aussi rappelé que l'Église catholique juge les méthodes de planification familiale inacceptables sur le plan moral et qu'elle réprouve les services de planification familiale qui ne respectent pas la liberté des époux, la dignité de l'être humain et les droits fondamentaux des intéressés (Nations unies, 1994, pp.163-164).

Quant à l'Islam, il constitue également une barrière à la diffusion de la planification familiale, non tant par sa doctrine proprement dite concernant la contraception, que par sa conception de la famille. La foi musulmane admet le *Azl*, ou coït interrompu, en tant que pratique sexuelle mentionnée dans le Coran pour éviter d'avoir une progéniture nombreuse et, donc, des grossesses non désirées (Jullundhri, 1994, p. 2). Il semble même que le terme *Azl* soit parfois interprété d'une manière plus large par les juristes ou autres responsables musulmans, comme on peut s'en rendre compte à la lecture des extraits¹⁶ ci-dessous, cités par R. U. Shehab (1994, p. 2) :

« La pratique du *Azl* comprend l'usage de médecine pour prévenir la conception et l'avortement du fœtus avant l'apparition de la vie parce que l'objectif de tout ceci est d'éviter une grossesse et qu'Allah sait ce qui est le mieux ».

« Dans les premiers temps de l'Islam, les mesures habituellement adoptées pour le contrôle des naissances furent appelées *Azl* et ceci comprenait tous les procédés contraceptifs, de l'homme ou de la femme, pour empêcher le sperme d'atteindre l'utérus ou obstruer celui-ci »¹⁷.

On comprend dès lors pourquoi les réserves exprimées au Caire par certains pays musulmans, y compris ceux d'Afrique, concernent surtout les expressions qui sont soit en contradiction avec la *sharia*

¹⁵ Il s'agit des chapitres VII, VIII, XI à XVI où sont notamment utilisées les expressions « santé et/ou droits en matière de sexualité », « santé et/ou droits de la reproduction », « contraception », « planification familiale », « pouvoir des femmes de maîtriser leur propre fécondité », « une gamme complète de services de planification familiale », etc., qui peuvent s'interpréter comme incluant l'avortement ou l'accès à l'avortement.

¹⁶ Pour ces deux extraits, R. U. Shehab fournit respectivement les indications ou références suivantes : « Kitab-ut Taju-ul Jamia Le-Usul, Vol.II, p. 345 », et « Zabt-e-Wiladat : Aqli aur Sharie Haisiyat say, published by Dar-ul Isha'at, Karachi, p. 31 ».

¹⁷ Traduction des éditeurs.

islamique, soit font référence aux droits des « couples et personnes » en matière de planification familiale¹⁸. Rappelons que le « chapeau » du chapitre II du Programme d'action avait précisément pour but de rassurer les délégations des pays, notamment musulmans, qui ne se sont pas systématiquement opposées à la planification familiale, contrairement aux catholiques. Un autre document distribué au Caire exprime un point de vue islamique sur la planification familiale ; on y lit notamment que :

« La *Sharia* islamique n'a pas ignoré l'intérêt général d'Ummah pour les problèmes sociaux et s'en est remis au savant pour les résoudre en prenant en considération les circonstances dominantes et les exigences du temps. En conséquence, si la satisfaction de la chair n'est pas l'objectif, s'il existe un besoin réel et si les partenaires (le mari et l'épouse) sont d'accord, d'après ma connaissance des buts de l'Islam, il n'y a pas d'objection au contrôle des naissances selon la *Sharia*. Le principe de la *Sharia* apparaît être que si une épouse ne veut pas d'enfant, son mari ne peut la contraindre. J'apporte cette opinion sur le point de vue de la *Sharia* d'après ce que je comprends par mon étude et non comme un expert de sa loi » (*Ilmul Iqtisad* by Allama Iqbal, Lahore, 1977, p. II ; document cité par R. A. Jullundhri, 1994¹⁹).

A y regarder de très près, cette position musulmane n'est pas éloignée du « réalisme protestant » évoqué ci-dessus. Ceci permet aussi de comprendre pourquoi les musulmans et les protestants ont été plus conciliants au Caire, comparativement aux catholiques ; ils n'ont par exemple exprimé aucune réserve de caractère général sur le Programme d'action.

¹⁸ L'expression « couples et personnes » pouvant être interprétée comme incluant des individus n'ayant aucun lien de mariage, en particulier les adolescents, ou encore les homosexuels vivant ensemble et se considérant comme « marié(e)s »

¹⁹ Traduction des éditeurs.

**CONCLUSION : POUR UNE RÉORIENTATION DES
POLITIQUES DE POPULATION ET AUTRES STRATÉGIES
DE DÉVELOPPEMENT**

La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité a beaucoup évolué au cours des vingt dernières années, passant généralement d'une position de « laisser-faire » à une volonté déclarée d'infléchir la croissance démographique rapide par la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée susceptible de relever les défis de la pauvreté, de la maîtrise de la fécondité et d'un développement social et humain durable ; dans ce processus, la réalisation de l'égalité entre l'homme et la femme est déterminante. Plusieurs facteurs sont à la base de cette évolution, parmi lesquels figure en bonne place la crise économique persistante et concomitante à une croissance démographique rapide, et donc l'incapacité des gouvernements à satisfaire les besoins élémentaires de leurs populations, mais aussi l'importance croissante des ONG et des mouvements des femmes. Un changement radical est donc nécessaire pour sortir le continent de sa difficile situation actuelle.

Il est en effet clairement admis aujourd'hui, même dans les plus hautes sphères politiques dirigeantes du continent, que « le changement des conditions humaines et sociales défavorables en Afrique exige une réorientation de toute la base du développement dans la région. Cette réorientation doit se fonder sur les capacités locales et les renforcer tout en créant la confiance en soi chez les populations. Elle doit nécessairement s'accompagner d'une promotion de la responsabilité des populations, notamment des femmes et des jeunes, qui doivent être les agents d'un changement positif. Il faut, à cet égard, une stratégie globale et intégrée de développement et de transformation structurelle dont les préoccupations liées au développement humain doivent constituer l'élément principal. Cette stratégie exige non seulement des changements majeurs en matière de politique et une réorientation des ressources vers le développement humain aux niveaux national, sous-régional et régional mais aussi l'adoption par les partenaires de développement de l'Afrique, notamment les institutions internationales de développement, les donateurs bilatéraux, les ONG et les organisations populaires, de mesures similaires » (OUA/CEA, 1994, p. 27-28).

La Conférence du Caire ayant sans ambiguïté mis en avant la nécessité d'une approche globale et intégrée pour faire face aux défis de la pauvreté, de l'évolution démographique rapide, d'une croissance économique soutenue et d'un développement social et humain durable, deux questions sont cruciales : les politiques et programmes de population adoptés jusqu'alors permettent-ils d'atteindre à plus ou moins long terme les objectifs du Caire ? Sinon, quelles stratégies faut-il désormais mettre en œuvre pour assurer des conditions de vie meilleures aux populations actuelles sans hypothéquer les chances de survie et d'épanouissement des générations futures ?

Pour répondre à cette double interrogation, il est indispensable, nous semble-t-il, que chaque pays fasse, sans complaisance aucune, une revue critique des stratégies, politiques et programmes de population actuellement en cours, si ces politiques existent. Il est bien évidemment impossible, dans le cadre limité de cette étude, de se livrer à un tel exercice. Nous proposons simplement à la réflexion une série, non limitative du reste, de questions susceptibles de guider les responsables nationaux dans leur évaluation des politiques et programmes existants, ou dans la formulation et la mise en œuvre de nouvelles stratégies en la matière lorsque celles-ci n'existent pas encore. Voici quelques grandes interrogations générales : les programmes de planification familiale font-ils partie intégrante des services de santé de la reproduction, eux-mêmes fonctionnant dans des centres polyvalents de soins de santé primaires ? Ces centres sont-ils accessibles et suffisamment proches des communautés desservies ? Prennent-ils en compte les aspects socio-culturels et les conditions de vie de ces populations ? Les conditions de fonctionnement de ces centres sont-elles de nature à assurer des services SR/PF de qualité²⁰ ? Ces centres s'adressent-ils aussi bien aux femmes qu'aux hommes, aux couples comme aux personnes non mariées, adolescents y compris ? Font-ils suffisamment usage des résultats de la recherche pour s'améliorer progressivement ? Respectent-ils la dimension humaine de l'être et préservent-ils les valeurs éthiques et morales indispensables à

²⁰ Les critères ci-après permettent de juger de la qualité de ces services : accessibilité, disponibilité, qualité et éventail des produits et services proposés ; disponibilité et compétence du personnel ; suivi des clients ; qualité des informations disponibles pour l'évaluation ; implication et participation actives des communautés locales et des organisations non gouvernementales, y compris les associations des femmes, dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de ces centres ; flexibilité du système pour éventuellement s'adapter aux conditions changeantes de l'environnement socio-culturel, économique et politique.

une évolution harmonieuse de la société ? Existe-t-il une interaction permanente, notamment entre ces centres et les programmes scolaires d'éducation à la vie familiale, ceux d'IEC en matière de population et développement ? En d'autres termes, ces centres font-ils partie d'un programme global de développement ayant pour but l'amélioration des conditions de vie des populations locales ? Nous espérons que les réponses à ces questions et, bien sûr, à beaucoup d'autres, permettront aux pays de réorienter - ou d'orienter - leurs stratégies en matière de population²¹ de manière à mettre effectivement en œuvre les recommandations du Caire afin d'être en mesure, à terme, de satisfaire les besoins fondamentaux de leurs populations respectives.

²¹ En 1995, 26 pays avaient adopté une politique explicite de population (Algérie, Burkina Faso, Cameroun, Cap Vert, République centrafricaine, Égypte, Éthiopie, Kenya, Gambie, Ghana, Guinée Conakry, Libéria, Madagascar, Mali, Maroc, Maurice, Niger, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tanzanie, Tunisie, Zambie et Zimbabwe) ; 3 étaient en voie de le faire (Ouganda, Togo et Zaïre) ; 12 étaient en voie d'en préparer une (Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland et Tchad).

Références bibliographiques

- AOURAGH L., 1996, *L'économie algérienne à l'épreuve de la démographie*, Les Etudes du CEPED n° 11, Centre français sur la population et le développement, Paris, 331 p.
- BARNETT B., 1994, « La planification familiale et le développement », *Family Health International*, Volume 9, n° 4, pp. 10-15.
- CEPED, 1994, *La démographie de 30 Etats d'Afrique et de l'Océan Indien*, Documents et Manuels du CEPED n° 1, Centre Français sur la population et le développement, Paris, 352 p.
- CHESNAIS J.-C., 1995, « La transition démographique : trente ans de bouleversements (1965-1995) », Les Dossiers du CEPED n° 34, CEPED, Paris, 25 p.
- JULLUNDHRI R. A., 1994, *Family planning : An Islamic view*, Ministry of Population Welfare, Government of Pakistan, 8 p.
- LOCOH T. ET HERTRICH V., 1994, *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, IUSSP, Derouaux Ordina Editions, Liège, 1994, 308 p.
- MCINTOSH C. A. and FINKLE J. L., 1995, « The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm ? », *Population and Development Review*, Volume 21, n° 2, pp. 223-260.
- NATIONS UNIES, 1994, *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994*, A/CONF.171/13, New York, 170 p.
- NATIONS UNIES, 1995, *Atelier d'experts et d'ONG sur la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD*, POP/DND/WSHP/8, Abidjan (Côte d'Ivoire), 6-9 Juin 1995, 320 p.
- NATIONS UNIES/CEA, 1984, *Programme d'action de Kilimandjaro concernant population et le développement autonome de l'Afrique*, Deuxième conférence africaine sur la population, ST/ECA/POP/1, UNFPA PROJ. n°RAF/83/P02, Arusha (Tanzanie), 9-13 Janvier.
- NATIONS UNIES/CEA, 1994, *Déclaration de Dakar/Ngor sur la population, la famille et le développement durable*, Troisième Conférence africaine sur la population, Dakar, 7-12 décembre 1992, E/ECA/POP/APC.3/94/1, UNFPA RAF/92/P02, 18 p.

- OUA, 1982, *Plan d'action de Lagos pour le développement de l'Afrique, 1980-2000*. Institut International d'Etudes Sociales, Genève, 2^e édition.
- OUA/CEA, 1994, *Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique*, Conférence des Chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA, Trentième session ordinaire, Tunis, 13-15 juin 1994, 78 p.
- QUARCOO P. K., 1992, « Où en est la planification ? La planification a-t-elle un avenir ? », Institut Africain de Développement Economique et de Planification (IDEP), *Cahiers de l'IDEP*, n° 2, 36 p.
- SALA-DIAKANDA D. M., 1981, « Problèmes d'infécondité et de sous-fécondité en Afrique Centrale et de l'Ouest », in UIESP, *Congrès International de la Population*. Manille, Vol. III, pp. 643-666.
- SALA-DIAKANDA D. M., 1988, « L'infécondité de certaines ethnies », in TABUTIN D. (éd.), *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris, pp. 191-216.
- SALA-DIAKANDA D. M., 1991, « De l'émergence de politiques de population en Afrique », *Politique Africaine*. Vol. 44, Politiques de Population, Ed. Karthala, Paris, pp. 37-49.
- SEN G., GERMAIN A. and CHEN L. C., *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, Harvard Series on Population and International Health, Harvard University Press, Boston, 1994, 280 p.
- SHEHAB R. U., 1994, *The Islamic Shari'a and Family Planning*, Ministry of Population Welfare, Government of Pakistan, 16 p.
- UNITED NATIONS/ECA, 1993, *Survey of Economic and Social Conditions in Africa, 1990-1991*, ECA/SERP/1993/010, Addis Ababa, 112 p. + Tableaux Annexes.
- UNITED NATIONS/ECA, 1994, *Survey of Economic and Social Conditions in Africa, 1991-1992*, ECA/SERP/94/1, Addis Ababa, 139 p. + Tableaux Annexes.

CHAPITRE 1

ANNEXE

TABEAU 1. PERCEPTION DU NIVEAU DE FÉCONDITÉ ET DU TAUX D'ACCROISSEMENT NATUREL DE LA POPULATION, ET DÉSIR D'INTERVENTION DES GOUVERNEMENTS EN 1976, 1983, 1986 ET 1989

PERCEPTIONS ET POLITIQUES	PAYS EN 1976	PAYS EN 1983
<i>Fécondité et accroissement bas</i>		
• Pas d'intervention	Cameroun, République centrafricaine, Guinée équatoriale (3 pays, 6 %)	République centrafricaine, Guinée équatoriale (2 pays, 4 %)
• Il faut augmenter	Gabon, Libye (2 pays, 4 %) [5/48 = 10 %]	<u>Congo</u> , Gabon, <u>Guinée Conakry</u> (3 pays, 6 %) [5/51 = 10 %]
<i>Fécondité et accroissement satisfaisants</i>		
• Pas d'intervention	Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cap Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sao Tome & Principe, Somalie, Tanzanie, Tchad, Togo, Soudan, Zaïre, Zambie (24 pays, 50 %)	<u>Angola</u> , Bénin, Cap Vert, Guinée Bissau, <u>Libye</u> , Malawi, <u>Mozambique</u> , Nigeria, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad, Zaïre, Zambie (14 pays, 27 %)
• Intervenir pour maintenir le niveau actuel	Mozambique (1 pays, 2 %) [25/48 = 52 %]	<u>Burkina Faso</u> , <u>Côte d'Ivoire</u> , <u>Mali</u> , <u>Mauritanie</u> , <u>Niger</u> , <u>Sao Tome & Principe</u> , <u>Togo</u> (7 pays, 14 %) [21/51 = 41 %]
<i>Fécondité et accroissement trop élevés, il faut réduire</i>		
• Pas d'intervention	Comores, Liberia, Madagascar, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone (6 pays, 13 %)	<u>Cameroun</u> , Liberia, Sierra Leone, Comores, <u>Djibouti</u> , <u>Éthiopie</u> , Madagascar, Swaziland, (8 pays, 16 %)
• Politique cohérente d'intervention	Afrique du Sud, Botswana, Égypte, Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, Seychelles, Swaziland, Tunisie, Ouganda (12 pays, 25 %) [18/48 = 38 %]	Afrique du Sud, <u>Algérie</u> , Botswana, <u>Burundi</u> , Égypte, <u>Gambie</u> , Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, Ouganda, <u>Rwanda</u> , <u>Sénégal</u> , Seychelles, Tunisie, <u>Zimbabwe</u> (17 pays, 33 %) [25/51 = 49 %]

Source : calculs propres d'après UNITED NATIONS, *Trends in Population Policy*. ST/ESA/SE.A/114, Population Studies n° 114, New York, 1989, 387 p.

Le soulignement d'un pays correspond à un changement de perception depuis la précédente enquête.

LA POSITION DES GOUVERNEMENTS : DE BUCAREST AU CAIRE

TABLEAU 1 (SUITE)

PERCEPTIONS ET POLITIQUES	PAYS EN 1986	PAYS EN 1989
<i>Fécondité et accroissement bas</i>		
• Pas d'intervention	Guinée équatoriale (1 pays, 2 %)	Guinée équatoriale (1 pays, 2 %)
• Il faut augmenter	Gabon (1 pays, 2 %) [2/51 = 4 %]	Gabon (1 pays, 2 %) [2/51 = 4 %]
<i>Fécondité et accroissement satisfaisants</i>		
• Pas d'intervention	Angola, Bénin, <u>Burkina Faso</u> , Cap Vert, <u>Congo</u> , <u>Djibouti</u> , Guinée Bissau, Libye, <u>Mauritanie</u> , Mozambique, Somalie, Soudan, Tchad, Zaïre (14 pays, 27 %)	Bénin, Congo, Djibouti, Libye, <u>Madagascar</u> , Mauritanie, Mozambique, Somalie, Soudan, Tchad, Zaïre (11 pays, 21 %)
• Intervenir pour maintenir le niveau actuel	Côte d'Ivoire, Mali, Sao Tome & Principe, Togo (4 pays, 8 %) [18/51 = 35 %]	Côte d'Ivoire, Mali, <u>Maurice</u> , Sao Tome & Principe, Togo (5 pays, 10 %) [16/51 = 31 %]
<i>Fécondité et accroissement trop élevés, il faut réduire</i>		
• Pas d'intervention	Cameroun, Éthiopie, <u>République centrafricaine</u> , <u>Guinée Conakry</u> , Liberia, Madagascar, <u>Malawi</u> , Sierra Leone, <u>Tanzanie</u> , <u>Zambie</u> (10 pays, 20 %)	<u>Angola</u> , République centrafricaine, Éthiopie, Guinée Conakry, Malawi, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie (8 pays, 16 %)
• Politique cohérente d'intervention	Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Burundi, <u>Comores</u> , Égypte, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, <u>Niger</u> , <u>Nigeria</u> , Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tunisie, Zimbabwe (21 pays, 41 %) [31/51 = 61 %]	Afrique du Sud, Algérie, <u>Burkina Faso</u> , Botswana, Burundi, <u>Cameroun</u> , <u>Cap Vert</u> , Comores, Égypte, Gambie, Ghana, <u>Guinée Bissau</u> , Kenya, Lesotho, <u>Liberia</u> , Maroc, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tunisie, Zimbabwe (25 pays, 49 %) [33/51 = 65 %]

CHAPITRE 1

TABLEAU 2. ATTITUDES ET POLITIQUES DES GOUVERNEMENTS FACE À LA DISSÉMINATION ET À L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN 1976, 1983, 1986 ET 1989

APPUI ET RESTRICTIONS	PAYS EN 1976	PAYS EN 1983
<i>Aucun appui à la contraception</i>		
• Restriction ou intention de réduire la prévalence	Tchad, Guinée équatoriale, Gabon, Libye, Malawi (5 pays)	Tchad, <u>Côte d'Ivoire</u> , Malawi (3 pays).
• Aucune restriction	Burkina Faso, Burundi, République centrafricaine, Comores, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Mauritanie, Niger, Rwanda, Sao Tome & Principe, Sénégal, Somalie (12 pays). [17/48 = 35 %]	Burkina Faso, <u>Cameroun</u> , République centrafricaine, Comores, <u>Guinée équatoriale</u> , <u>Gabon</u> , Guinée Conakry, <u>Libye</u> , Mauritanie, Niger, Sao Tome & Principe, Somalie (12 pays). [15/51 = 29 %]
<i>Appui indirect à la contraception sans restriction</i>		
	Bénin, Cameroun, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Madagascar, Togo (7 pays). [7/48 = 15 %]	Angola, Bénin, Djibouti, Guinée-Bissau, <u>Lesotho</u> , <u>Liberia</u> , <u>Nigeria</u> , <u>Sénégal</u> , <u>Sierra Leone</u> , <u>Zaire</u> , <u>Zambie</u> , Zimbabwe (12 pays). [12/51 = 24 %]
<i>Appui direct à la contraception sans restriction</i>		
	Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap Vert, Congo, Égypte, Ghana, Kenya, Lesotho, Liberia, Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Seychelles, Sierra Leone, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tunisie, Zaire, Zambie (24 pays). [24/48 = 50 %]	Afrique du Sud, Algérie, Botswana, <u>Burundi</u> , Cap Vert, Congo, Égypte, <u>Éthiopie</u> , <u>Gambie</u> , Ghana, Kenya, <u>Madagascar</u> , Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, Ouganda, <u>Rwanda</u> , Seychelles, Soudan, Swaziland, Tanzanie, <u>Togo</u> , Tunisie (24 pays). [24/51 = 47 %]

Source : calculs propres d'après UNITED NATIONS, *Trends in Population Policy*, ST/ESA/SE.A/114, Population Studies n° 114, New York, 1989, 387 p.

Le soulignement d'un pays correspond à un changement de perception depuis la précédente enquête.

TABLEAU 2 (SUITE)

APPUI ET RESTRICTIONS	PAYS EN 1986	PAYS EN 1989
<i>Aucun appui à la contraception</i>		
• Aucune restriction de la prévalence	<u>Tchad</u> , <u>Côte d'Ivoire</u> , <u>Djibouti</u> , Guinée équatoriale, Gabon, Libye, Mauritanie (7 pays).	<u>Cameroun</u> , Djibouti, Guinée équatoriale, Gabon, Libye (5 pays).
	[7/51 = 14 %]	[5/51 = 10 %]
<i>Appui indirect à la contraception et sans restriction</i>		
	Bénin, <u>Burkina Faso</u> , Liberia, Sierra Leone, <u>Somalie</u> , Zaïre (6 pays).	Bénin, <u>Tchad</u> , <u>Côte d'Ivoire</u> , <u>Madagascar</u> , <u>Mauritanie</u> , Somalie (6 pays)
	[6/51 = 12 %]	[6/51 = 12 %]
APPUI DIRECT A LA CONTRACEPTION ET SANS RESTRICTION		
	Afrique du Sud, Algérie, <u>Angola</u> , Botswana, Burundi, <u>Cameroun</u> , Cap Vert, <u>République centrafricaine</u> , <u>Comores</u> , Congo, Égypte, Éthiopie, Gambie, Ghana, <u>Guinée Conakry</u> , <u>Guinée-Bissau</u> , Kenya, <u>Lesotho</u> , Madagascar, <u>Malawi</u> , Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, <u>Niger</u> , <u>Nigeria</u> , Ouganda, Rwanda, <u>Sao Tomé</u> , <u>Sénégal</u> , Seychelles, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Togo, Tunisie, <u>Zambie</u> , <u>Zimbabwe</u> (38 pays).	Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, <u>Burkina Faso</u> , Burundi, Cap Vert, République centrafricaine, Comores, Congo, Égypte, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée Conakry, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, <u>Liberia</u> , Malawi, Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tome & Principe, Sénégal, Seychelles, <u>Sierra Leone</u> , Soudan, Swaziland, Tanzanie, Togo, Tunisie, <u>Zaire</u> , Zambie, Zimbabwe (40 pays)
	[38/51 = 74 %]	[40/51 = 78 %]

CHAPITRE 1

**TABEAU 3. POLITIQUES DES GOUVERNEMENTS RELATIVES A
L'AVORTEMENT : RAISONS POUR LESQUELLES IL EST PERMIS**

Pays	Sauver la vie de la mère	Santé physique de la mère	Santé mentale de la mère	Inceste	Fœtus non viable	Raisons sociales	Sur simple demande
Réponses positives *	+ 47	+ 25	+ 16	+ 11	+ 10	+ 3	+ 1
Réponses négatives *	- 3	- 25	- 34	- 39	- 40	- 47	- 49
AFRIQUE DU NORD							
1. Algérie	+	+	+	-	-	-	-
2. Égypte	-	-	-	-	-	-	-
3. Libye	+	-	-	-	-	-	-
4. Maroc	+	+	-	-	-	-	-
5. Soudan	+	-	-	+	-	-	-
6. Tunisie	+	+	+	+	+	+	+
AFRIQUE DE L'OUEST							
7. Bénin	+	-	-	-	-	-	-
8. Burkina Faso	+	-	-	-	-	-	-
9. Cap Vert	+	+	+	+	+	+	-
10. Côte d'Ivoire	+	-	-	-	-	-	-
11. Gambie	+	+	+	-	-	-	-
12. Ghana	+	+	+	+	+	-	-
13. Guinée	+	+	+	-	-	-	-
14. Guinée-Bissau	+	-	-	-	-	-	-
15. Libéria	+	+	+	+	+	-	-
16. Mali	+	-	-	-	-	-	-
17. Mauritanie	+	-	-	-	-	-	-
18. Niger	+	-	-	-	-	-	-
19. Nigeria	+	-	-	-	-	-	-
20. Sénégal	+	-	-	-	-	-	-
21. Sierra Leone	+	+	+	-	-	-	-
22. Togo	+	-	-	-	-	-	-
AFRIQUE CENTRALE							
23. Angola	+	+	+	-	-	-	-
24. Cameroun	+	+	-	+	-	-	-
25. R.C.A	-	-	-	-	-	-	-
26. Congo	+	+	-	-	-	-	-
27. Gabon	+	-	-	-	-	-	-
28. Guinée équat.	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
29. Sao Tome	+	+	+	+	+	-	-
30. Tchad	+	-	-	-	-	-	-
31. Zaïre	+	-	-	-	-	-	-

Source : adapté de UNITED NATIONS, *Abortion Policies : A Global Review*. Volume I, ST/ESA/SER.A/129, New York, 1992, 158 pages; Volume II, ST/ESA/SER.A/129/Add.1, New York, 1993, 243 pages; Volume III, ST/ESA/SER.A/129/Add.2, New York, 1995, 236 pages.

* Les chiffres concernent l'ensemble des pays africains quelle que soit la région

TABLEAU 3 (SUITE)

Pays	Sauver la vie de la mère	Santé physique de la mère	Santé mentale de la mère	Inceste	Fœtus non viable	Raisons sociales	Sur simple demande
AFRIQUE DE L'EST							
32. Burundi	+	+	-	-	-	-	-
33. Comores	+	+	-	-	-	-	-
34. Djibouti	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
35. Éthiopie	+	+	-	-	-	-	-
36. Kenya	+	-	-	-	-	-	-
37. Madagascar	+	-	-	-	-	-	-
38. Malawi	+	+	-	-	-	-	-
39. Maurice	-	-	-	-	-	-	-
40. Mozambique	+	-	-	-	-	-	-
41. Ouganda	+	+	+	-	-	-	-
42. Rwanda	+	+	-	-	-	-	-
43. Seychelles	+	+	+	+	+	-	-
44. Somalie	+	-	-	-	-	-	-
45. Tanzanie	+	-	-	-	-	-	-
46. Zambie	+	+	+	-	+	+	-
47. Zimbabwe	+	+	-	+	+	-	-
AFRIQUE AUSTRALE							
48. Afrique du Sud							
49. Botswana	+	+	+	+	+	-	-
50. Lesotho	+	-	-	-	-	-	-
51. Namibie	+	-	-	-	-	-	-
52. Swaziland	+	+	+	+	+	-	-
	+	+	+	-	-	-	-



CHAPITRE 2

LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT AVEC UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À L'AFRIQUE

Martin W. BANGHA

Union pour l'étude de la population africaine (UEPA/UAPS)

PANORAMA GÉNÉRAL DE LA CROISSANCE NATURELLE EN GUISE D'INTRODUCTION

L'Afrique, qui est le deuxième continent du monde par la surface, est peuplée par plus de 700 millions d'habitants, mais, outre le désert du Sahara, il comprend d'immenses régions inhabitées. C'est un continent d'une grande diversité, non seulement en terme de caractéristiques démographiques, mais aussi sur les plans social, économique, culturel et politique. Cependant, dans la plupart des pays, le développement stagne et le taux de croissance démographique est rapide.

Selon les estimations de l'ONU les plus récentes (United Nations, 1998), la population mondiale est en 1995 d'environ 5,76 milliards de personnes, dont 719 millions d'Africains soit 12,6 % de cette population mondiale. En outre, selon l'hypothèse moyenne d'évolution de la fécondité, d'ici l'an 2050 plus de deux milliards de personnes, sur les 9,3 milliards que comptera le monde, seront des Africains, soit près de 22 % de la population totale (tableau 1).

CHAPITRE 2

Bien que le taux de croissance de la population mondiale soit en régression, passant de 1,9 % par an en 1970-1975 à environ 1,5 % en 1990-1995, les projections montrent que, dans les quinze prochaines années, la population mondiale continuera à augmenter d'environ 80 millions de personnes par an. Et sur les 1,2 milliard de personnes qui viendront s'ajouter à la population actuelle durant ces quinze prochaines années, 310 millions seront des Africains, soit plus du quart de cette augmentation.

TABLEAU 1. POPULATION (EN MILLIONS) SELON LA RÉGION ET L'ANNÉE

Région	1950	1995	2050*
Afrique	224	719	2 046
Asie	1 402	3 438	5 443
Amérique Latine et Caraïbes	166	477	810
Europe	547	728	638
Amérique du Nord	172	297	384
Océanie	13	28	46
Monde	3 524	5 687	9 367

Source : United Nations, 1998.

* Hypothèse moyenne d'évolution de la fécondité.

De façon générale, on peut affirmer que le taux de mortalité a sensiblement baissé dans la plupart des pays d'Afrique et que la fécondité reste élevée, sauf dans les pays de l'Afrique du Nord. Selon les résultats des enquêtes, l'indice synthétique de fécondité est d'environ 5,7 enfants par femme, alors qu'il est d'environ 3,3 enfants en moyenne pour l'ensemble des pays en voie de développement, s'établissant à 2,9 pour l'Amérique Latine et les Caraïbes et à 2,8 pour l'Asie, bien que certains pays asiatiques aient presque atteint des indices qui correspondent à une croissance démographique voisine de zéro.

De par la conjugaison de l'importante baisse de la mortalité et du maintien d'une forte fécondité, avec les taux les plus élevés jamais enregistrés dans une grande région du monde, la population de l'Afrique a crû à un rythme exponentiel jusqu'au début des années

LES DÉTERMINANTS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

1980. À ce moment, le taux de croissance naturelle de la population a atteint 2,8 %, impliquant un doublement de la population environ tous les 25 ans. Comme l'a fait remarquer F. Saï (1989), ce temps de doublement pouvait ne pas constituer un problème en lui-même, mais les efforts consentis pour combattre les maladies, la mortalité des femmes en couche, la sous-fécondité et la stérilité auraient pu engendrer des taux de croissance encore plus élevés dans l'avenir. Cependant, une certaine accentuation de la baisse de la fécondité, dont les prémices avaient été enregistrés dès les années 1970, a influé sur la croissance naturelle qui a commencé à régresser à la fin de la décennie 1980 (tableau 2).

TABLEAU 2. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET CROISSANCE NATURELLE SELON LA RÉGION

Région	Indice synthétique de fécondité			Croissance naturelle (en %)		
	1970-1975	1980-1985	1990-1995	1970-1975	1980-1985	1990-1995
Afrique	6,6	6,3	5,7	2,56	2,82	2,68
Asie	5,1	3,7	2,8	2,27	1,88	1,53
Amérique Latine et Caraïbes	5,0	3,8	2,9	2,43	2,06	1,70
Pays en voie de développement	5,4	4,1	3,3	2,37	2,08	1,77
Pays développés	2,1	1,8	1,7	0,79	0,57	0,40
Monde	4,5	3,6	3,0	1,95	1,72	1,48

Source : United Nations, 1996.

Malgré ce début de baisse de la fécondité, le nombre d'enfants par femme varie entre 5 et 7 dans la plupart des pays africains et les quelques pays où l'indice synthétique de fécondité est inférieur à 5 enfants sont ceux de l'Afrique du Nord, les pays insulaires (sauf Madagascar), ainsi que l'Afrique du Sud, le Botswana, le Zimbabwe et le Swaziland (United Nations, 1996).

Aussi, ce problème de la croissance de la population demeure au centre des préoccupations nationales et internationales, et la décennie

qui s'est écoulée entre la Conférence de Bucarest et celle de Mexico (1974-1984) a été progressivement marquée par la prise de conscience des problèmes démographiques et le développement des programmes de planification familiale pour contrer la croissance démographique rapide enregistrée dans la plupart des pays africains. Néanmoins, en dépit de cette prise de conscience des contraintes imposées par la forte croissance démographique et des améliorations enregistrées dans le domaine du contrôle des naissances, l'Afrique accuse encore beaucoup de retard. A l'exception de rares pays, les résultats concrets obtenus ne sont guère brillants, en dépit des efforts déployés pour freiner le taux de croissance élevé de la population par des programmes de planification familiale. Il est de plus en plus évident que les espoirs fondés sur la théorie de la transition démographique et les expériences de baisse de la fécondité dans d'autres régions du monde en développement ont été jusqu'à ce jour déçus dans le contexte africain.

Face à ce constat général, ce chapitre analyse les points saillants de la pratique de la planification familiale et les paramètres qui l'influencent, dans les pays en voie de développement et plus particulièrement en Afrique.

CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le fait de connaître l'existence des méthodes de contraception et les endroits où l'on peut obtenir des informations les concernant est un préalable à la pratique de la planification familiale. A l'échelle mondiale, les faits montrent que la plupart des femmes connaissent au moins un centre d'information ; il existe néanmoins un fossé entre la connaissance des méthodes et celle des centres. En outre, il semble apparemment n'exister aucun lien étroit entre, d'une part, la connaissance des centres et des méthodes et, d'autre part, la volonté de réguler les naissances et la pratique contraceptive. A cet égard, il faut citer les exemples du Ghana et du Liberia avec des taux de prévalence respectifs de 10 % et 6 % alors que ceux relatifs aux connaissances sont respectivement de 91 % et 70 %¹. Ainsi, dans le cas particulier

¹ On pourra, au sujet de l'écart entre la pratique contraceptive et la connaissance des moyens de planification familiale, consulter I. Shah, 1991.

des pays africains, à l'exception de quelques cas isolés, les programmes de planification familiale semblent n'avoir eu qu'un faible impact sur la prévalence contraceptive.

La connaissance des méthodes de contraception et l'accès à ces méthodes se sont largement répandus dans le monde en développement au fil des années, entre la période de réalisation du projet de l'EMF et celle du programme des EDS². Cependant, dans de nombreux pays africains, la majeure partie de la population demeure étrangère à toute méthode de contraception. D'après une étude (Rutenberg *et al.*, 1991), il est clair que la majorité des femmes dans la plupart des pays ayant participé à l'EDS pouvait spontanément citer au moins une méthode de planification familiale, au contraire des pays de l'Afrique subsaharienne où les taux sont plus faibles, avec moins de 40 % des femmes pouvant citer spontanément une méthode de contraception³. Le taux le plus faible est celui obtenu au Mali avec 12 %. En ce qui concerne la connaissance générale, tous types de connaissance confondus, en Afrique subsaharienne, le pourcentage de personnes connaissant au moins une méthode a crû de 65 % à l'EMF à 80 % à l'EDS. Selon les différentes sous-régions, on trouve le pourcentage le plus bas en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest tandis que 90 % ou plus des femmes de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique Australe connaissent au moins une méthode (tableau 3). Dans trois pays (Guinée, Mali et Nigeria) cette proportion est inférieure à 50 % (respectivement 27 %, 43 % et 43,6 %).

² L'un des objectifs majeurs du projet de l'Enquête mondiale sur la fécondité (EMF) a été d'évaluer l'état de connaissance dans le monde sur la fécondité et la planification familiale et en même temps de produire une base de données standardisées et comparables au niveau international. Le programme des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) a été initié avec des préoccupations comparables et les objectifs supplémentaires de production de données dans le domaine de la santé maternelle et infantile et de connaissance des attitudes et comportements des hommes en matière de planification familiale. Le projet de l'EMF a été réalisé, entre 1974 et 1982 pour les enquêtes, dans 41 pays en développement, dont 13 pays africains parmi lesquels 10 pays d'Afrique subsaharienne. Le programme EDS, qui a débuté en 1986, couvre un plus grand nombre des pays et est réparti en 3 phases. En Afrique subsaharienne, 12 pays (y compris l'État de Ondo au Nigeria) ont participé à la phase I du programme (1986-1990) et 11 pays à la phase II (1990-1993). La phase III a commencé en 1993 et plus d'une quinzaine de pays y ont déjà participé. Ainsi certains pays ont-ils connu deux enquêtes en quelques années.

³ La connaissance de méthodes de contraception a été appréhendée lors des enquêtes démographiques et de santé de deux façons différentes : la connaissance des méthodes citées spontanément d'une part, la connaissance après description de chaque méthode d'autre part.

Une étude des niveaux et tendances des taux de prévalence contraceptive en 1988 a montré que ce taux se situait en moyenne autour de 45 % dans les pays en voie de développement (Nations unies, 1989). Comme il fallait s'y attendre, il existait une grande différence entre les régions et les taux variaient de 14 % pour l'Afrique à 50 % pour l'Asie et 65 % pour l'Amérique Latine, alors que pour les pays pris individuellement les taux étaient compris entre 0 et 75 %. A l'exception de l'Afrique subsaharienne et d'une poignée de pays asiatiques comme le Bangladesh, le Népal, le Pakistan et le Yémen, où le taux de prévalence contraceptive ne dépassait guère 10 % (United Nations, 1987), les données de l'EMF ont montré qu'entre le milieu des années 70 et le début des années 80, une frange importante de la population féminine utilisait une méthode de planification familiale dans la plupart des pays.

Les enquêtes EDS, réalisées environ une décennie après les observations du projet EMF, ont également enregistré une forte dispersion des taux de prévalence contraceptive. Ces derniers, toutes méthodes confondues, étaient minimum en Guinée (à peine 2 %), au Mali et en Ouganda (5 % à peine) et maximum au Brésil (65 %). En ce qui concerne l'Afrique subsaharienne, parmi les pays ayant connu une enquête EDS, la moitié ont un taux de prévalence inférieur à 10 %, la plupart de ces pays étant situés en Afrique de l'Ouest (7 sur 11 pays). Néanmoins, si l'on tient compte des seules méthodes modernes, ce taux est inférieur à 3 % en Guinée, au Burundi, au Mali et en Ouganda, et s'élève à 64 % en Thaïlande. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont des taux de prévalence des méthodes modernes qui ne dépassent guère 10 %, et l'ensemble de ces pays ont une prévalence contraceptive comprise entre les taux les plus bas et les taux moyens⁴ alors que ceux de l'Afrique du Nord varient entre 35 % et 50 %, à l'exception du cas particulier du Soudan (13 %) aux traits culturels proches de ceux des pays d'Afrique subsaharienne.

⁴ D'après les Nations unies (1989), le taux de prévalence contraceptive dans le monde entier se situe à environ 50 % en moyenne. Pour les pays en développement, le taux moyen est de 45 % et pour les pays développés de 70 %. En Afrique, l'île Maurice a le taux de prévalence le plus élevé (75 %). Dans cette partie, on considère comme élevés les taux de prévalence qui dépassent 50 %, comme moyens les taux compris entre 25 % et 50 % et comme bas ceux situés entre 0 % et 25 %.

LES DÉTERMINANTS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

TABLEAU 3. INDICATEURS DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LES RÉGIONS DU MONDE EN DÉVELOPPEMENT*

Région	Connaissance d'une méthode contraceptive		Utilisation actuelle d'une méthode contraceptive		Ne veut plus d'enfants (%)	Nombre d'enfants idéal
	Au moins une méthode (%)	Méthode moderne (%)	Une méthode quelconque (%)	Méthode moderne (%)		
Afrique Australe**	92,6	92,4	30,9	28,8	29,2	5,5
Afrique Centrale***	69,6	62,9	16,1	4,3	12,4	7,3
Afrique de l'Est	93,7	91,3	16,7	8,9	32,7	5,4
Afrique de l'Ouest	75,0	67,8	7,9	4,2	18,8	6,4
Afrique subsaharienne	80,0	77,0	12,0	5,5	23,6	6,2
Afrique du Nord	99,0	99,0	47,1	40,4	57,3	3,5
Asie	99,1	99,0	54,7	40,6	47,8	3,1
Amérique Latine	99,0	99,0	48,0	46,0	65,0	3,0

Source : P. Muhuri et S. Rutstein (1994), tableau 4.

* Valeurs médianes pour les pays participant au programme EDS.

** Seuls le Botswana et la Namibie ont participé au programme de l'EDS dans cette région. Ces chiffres représentent la moyenne de ces deux valeurs.

*** Les chiffres correspondent ici à ceux du Cameroun, seul pays dans cette région dont les données de l'EDS étaient disponibles au moment de l'analyse.

En Afrique subsaharienne, des progressions importantes des taux de prévalence contraceptive n'ont été enregistrées que dans quelques pays comme au Zimbabwe, 43 % en 1988-89 et 48 % en 1994, et au Botswana, 28 % en 1984 et 33 % en 1988. Dans un pays tel que le Kenya, un des pionniers de la reconnaissance et de l'acceptation des programmes de planification familiale, l'augmentation de la pratique contraceptive a été plus tardive : le taux ne s'est amélioré que de 10 % de 1977 à 1984, où il atteignait 17 %, pour atteindre 27 % en 1989 et

33 % en 1993. La progression au Ghana, un autre pays pionnier en matière de planification familiale, a été également tardive : de 3 % en 1979, la prévalence contraceptive atteint 13 % en 1989 et 20 % en 1993. En Afrique du Nord, la Tunisie arrive en tête avec 50 % en 1988, suivie de l'Égypte et du Maroc avec respectivement 47 % et 42 % en 1992. Globalement, le taux moyen pour toute l'Afrique est d'environ 12 %, avec à peine 5 % pour l'Afrique subsaharienne, et pour la plupart des pays il est inférieur à 10 %.

Le taux d'utilisation des méthodes modernes et efficaces est largement inférieur aux chiffres ci-dessus. A l'exception des pays insulaires et ceux d'Afrique du Nord où les taux de prévalence contraceptive actuels atteignent et même dépassent 30 % (à l'exception là encore du Soudan, 5 %), et de quelques cas isolés comme ceux de la Namibie, du Kenya, du Botswana et du Zimbabwe où ils s'élèvent respectivement à 26 %, 27 %, 32 % et 42 %, les taux sont largement en dessous de 10 % dans presque tous les pays d'Afrique noire (tableau 4), ce qui est faible comparativement à d'autres pays en voie de développement d'Asie et d'Amérique Latine où les taux sont en moyennes de 50 % (voir par exemple Muhuri et Rutstein, 1991). Pour les pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence des méthodes modernes dans les pays francophones est en général nettement inférieure à celle des pays anglophones : 4 % en moyenne pour les pays francophones contre 13,9 % pour les pays anglophones.

D'une manière générale, l'usage de la pilule constitue la méthode la plus connue et la plus répandue (Rutenberg *et al.*, 1991 ; Shah, 1991), bien que la stérilisation des femmes soit relativement plus fréquente en Amérique Latine. Cependant, les méthodes traditionnelles sont davantage répandues en Afrique subsaharienne. Dans la plupart des pays d'Afrique, la pratique des méthodes traditionnelles dépasse largement celle des méthodes modernes, comme par exemple au Togo (30,8 contre 3,1 %), au Cameroun (11,8 contre 4,3 %), à Madagascar (11,6 contre 5,1 %), et au Niger (7 contre 4,4 %). Considérés sous l'angle de la théorie de la transition de la fécondité, la plupart des pays d'Afrique Noire se trouvent encore à l'étape dite traditionnelle de la planification familiale et ne sont pas encore entrés dans l'étape dite de transition où se situent le Kenya, le Botswana, la Namibie et le Zimbabwe caractérisés par l'essor des méthodes modernes de planification familiale. Quant aux quatre pays d'Afrique du Nord, l'Algérie, l'Égypte, le Maroc et la Tunisie, et aux pays insulaires comme l'Île Maurice, ils sont plus avancés dans leur transition. À

l'exception de ces quelques cas, les résultats ne sont guère probants alors que certains programmes de planification familiale existent depuis assez longtemps (Bangha, 1994). Par exemple le Ghana, l'un des pays pionniers à adopter un programme de planification familiale en Afrique subsaharienne, est une preuve de l'échec relatif des programmes exécutés pendant plus de deux décennies. La prévalence des méthodes modernes était en 1988 de l'ordre de 5,2 % et elle vient d'atteindre seulement 10 % en 1993 d'après l'enquête EDS la plus récente (tableau 4). Le Nigeria est aussi un autre exemple de stagnation de la pratique contraceptive moderne avec un taux de prévalence de 3,5 % en 1990.

En ce qui concerne les besoins en planification familiale actuellement satisfaits (Westoff et Ochoa, 1991), les taux varient pour l'Afrique du Nord arabophone entre 58 % pour l'Égypte et 70 % pour la Tunisie, mais ils sont beaucoup plus bas pour l'Afrique subsaharienne où ils sont généralement compris entre 15 % et 27 %. Il n'y a qu'au Botswana et au Zimbabwe où ils excèdent 50 %, et au Kenya où ils dépassent 40 %. En Asie, les taux de satisfaction des besoins oscillent entre 74 % et 85 %, et en Amérique Latine ils vont de 50 % à 80 %. En outre, parmi les populations de l'Afrique subsaharienne, l'espacement des naissances est la préoccupation majeure de la planification familiale et se révèle nettement supérieure à la préoccupation de limitation, tant pour l'utilisation actuelle que pour les besoins non satisfaits (Westoff et Ochoa, 1991). Seul le Kenya a une demande de limitation qui dépasse légèrement celle de l'espacement. Au contraire, les besoins non satisfaits d'espacement et de limitation des naissances sont plus équilibrés en Afrique du Nord. En revanche, dans les pays d'Asie et d'Amérique Latine, la limitation des naissances est la préoccupation majeure, révélée dans les motivations de l'utilisation courante comme dans l'expression des besoins non satisfaits. La demande totale de planification familiale pour l'Afrique subsaharienne va de 28 % au Mali à 65 % au Kenya et au Zimbabwe. En ce qui concerne la demande pour l'espacement, elle va de 21,2 % au Mali à 39 % au Botswana.

CHAPITRE 2

**TABLEAU 4. CONNAISSANCE ET UTILISATION D'UNE MÉTHODE
CONTRACEPTIVE, SOUHAIT DE NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS (EN %),
ET NOMBRE D'ENFANTS IDÉAL (EN MOYENNE), SELON LES PAYS D'AFRIQUE**

Pays	Connaissance		Utilisation Actuelle		Ne veut plus d'enfants	Nombre d'enfants idéal
	Au moins une méthode	Méthode moderne	Méthode quelconque	Méthode moderne		
Afrique subsaharienne						
Botswana 1988	94,8	94,4	33,0	31,7	32,7	5,4
Burkina Faso 1993	67,4	63,3	7,9	4,2	18,8	5,5
Burundi 1987	78,5	63,8	8,7	1,2	23,6	5,5
Cameroun 1991	69,6	62,9	16,1	4,3	12,4	7,3
Ghana 1989	79,4	76,5	12,9	5,2	22,8	5,5
1993	91,3	90,7	20,3	10,1	33,0	4,7
Guinée 1992	27,4	27,2	1,7	1,0	14,2	6,4
Kenya 1989	92,4	91,3	26,9	17,9	49,4	4,8
1993	97,2	96,9	32,7	27,3	46,2	3,9
Liberia 1986	69,8	68,0	6,4	5,5	17,1	6,5
Madagascar 1992	66,6	61,7	16,7	5,1	39,6	5,9
Malawi 1992	94,6	91,8	13,0	7,4	23,3	5,3
Mali 1987	43,2	28,6	4,7	1,3	16,5	6,9
Namibie 1992	90,4	90,4	28,9	26,0	25,8	5,7
Niger 1992	77,3	58,0	11,4	4,4	8,9	8,5
Ondo (Nigeria) 1986-87	51,1	50,0	6,1	3,8	23,3	6,1
Nigeria 1990	43,6	41,2	6,0	3,5	15,1	6,2
Rwanda 1992	99,0	98,8	21,2	12,9	36,0	4,4
Sénégal 1986	91,5	67,8	11,3	2,4	19,0	7,2
1992-93	75,0	70,3	7,4	4,8	19,7	6,3
Tanzanie 1991-92	80,2	77,7	10,4	6,6	21,4	6,4
Togo 1988	95,8	81,4	33,9	3,1	24,8	5,6
Ouganda 1988-89	84,0	77,9	4,9	2,5	19,4	6,8
Zambie 1992	93,7	90,7	15,2	8,9	22,0	6,2
Zimbabwe 1988-89	98,7	97,8	43,1	36,1	32,7	5,4
1994	98,8	98,5	48,1	42,2	35,6	4,7

LES DÉTERMINANTS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

TABLEAU 4 (SUITE)

Pays	Connaissance		Utilisation Actuelle		Ne veut plus d'enfants	Nombre d'enfants idéal
	Au moins une méthode	Méthode moderne	Une méthode quelconque	Méthode moderne		
Afrique du Nord						
Égypte 1988-89	98,3	98,2	37,8	35,5	60,5	2,9
1992	99,6	99,5	47,1	44,8	65,6	2,8
Maroc 1987	97,8	97,5	35,8	28,9	47,8	3,7
1992	99,0	98,9	41,5	35,5	49,0	3,8
Soudan 1989-90	71,4	70,8	8,7	5,5	24,9	5,9
Tunisie 1988	99,2	99,0	49,8	40,4	57,3	3,5

Sources : Extraits de Muhuri et Rutstem (1994) et de rapports de pays : Burkina Faso : EDS 1993 ; Cameroun : EDS 1991 ; Ghana : DHS 1993 ; Guinée : EDS, 1992 ; Kenya : DHS 1993 ; Égypte : DHS, 1992 ; Madagascar : ENDS, 1992 ; Malawi : DHS 1992 ; Namibie : DHS 1992 ; Niger : EDS 1992 ; Nigeria : DHS 1990 ; Rwanda : 1992 EDS ; Sénégal (EDS-II) : 1992-93 ; Maroc (ENPS-II) : 1992 ; Tanzanie : DHS 1991/92 ; Zambie : DHS 1992 ; Zimbabwe : DHS, 1994.

LES FACTEURS DE LA PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La régulation de la fécondité est elle-même influencée par divers facteurs qui affectent tout d'abord la connaissance que les femmes ont des méthodes de contraception, puis les pratiques contraceptives qu'elles adoptent ou qu'elles n'adoptent pas. Ces facteurs sont d'ordre socio-économique, démographique, communautaire et programmatique. Nous les examinerons successivement.

Les facteurs socio-économiques et les facteurs démographiques

Les variables socio-économiques et démographiques qui peuvent influencer la pratique de la planification familiale sont le niveau scolaire, le degré d'urbanisation, la situation professionnelle de la femme ou ses activités économiques, son âge, son âge au mariage, la durée de son mariage, sa fécondité, son désir d'avoir d'autres enfants, l'allaitement maternel, le taux de mortalité infantile, etc..

Une étude menée dans 10 pays ayant participé à l'EMF (Sadik, 1980) montre que l'usage des méthodes de contraception a un degré de corrélation élevé avec six paramètres significatifs, parmi lesquels le désir d'avoir des enfants dans l'avenir vient en tête. Le nombre d'années écoulées depuis le mariage et le nombre d'enfants en vie sont des facteurs également fortement corrélés. De même, le niveau scolaire a une influence significative et les femmes qui ont des occupations non agricoles et celles vivant en milieu urbain sont plus enclines à utiliser les méthodes de contraception. Dans le même sens, N. Kim et B. Choi (1981) ont clairement démontré que le désir d'avoir des enfants dans l'avenir se trouve être un des facteurs intermédiaires les plus importants de la pratique des méthodes de contraception par les femmes ; et dans cette étude, le nombre d'enfants en vie est le facteur le plus important de la décision d'avoir d'autres enfants.

À quelques exceptions près, on peut dire que la pratique des méthodes de contraception croît de façon substantielle avec le niveau d'études, si bas soit-il. Dans 38 pays (Weinberger, 1987), le taux de prévalence contraceptive des femmes mariées ayant accompli une scolarité de deux ans ou plus, après contrôle des seuls facteurs démographiques, est de 24 % supérieur à celui des femmes qui n'ont jamais été scolarisées. S. Cochrane et D. Guilkey (1991) ont confirmé que la pratique des méthodes de contraception par une femme est fortement influencée, d'une part, par le désir d'avoir des enfants, son âge, son niveau d'études et, d'autre part, par ceux de son conjoint et les biens dont la famille est propriétaire.

Au Kenya (Njogu, 1991), l'âge, la perte des enfants, le type d'union, l'urbanisation, le niveau scolaire et surtout le désir d'avoir des enfants sont particulièrement déterminants pour la pratique contraceptive. Une analyse plus détaillée a montré que les changements dans la composition de la population, dans le sens d'une plus grande scolarisation des femmes, et l'augmentation de la proportion de femmes ne voulant plus d'enfants étaient les principaux motifs du changement d'attitude global dans la pratique contraceptive entre l'EMF et l'EDS. Les mères de trois ou quatre enfants sont les plus enclines à utiliser des méthodes de contraception (Rutenberg *et al.*, 1991). Mais lorsque l'on considère les seules méthodes modernes, le taux de prévalence est, comme il faut s'y attendre, plus élevé chez les femmes vivant en milieu urbain que chez celles des zones rurales, alors que les écarts entre les femmes de différents niveaux scolaires sont encore plus importants.

Shah (1991), dans une analyse comparée des choix des méthodes de contraception, montre que les années écoulées depuis le mariage et la parité constituent les facteurs démographiques les plus importants. Le facteur socio-économique le plus important dans le choix des méthodes est le niveau d'études des femmes, alors que le lieu de résidence (urbain ou rural) n'influe pas. Néanmoins, les facteurs démographiques comme les facteurs socio-économiques sont importants pour distinguer les utilisatrices des méthodes de contraception des non utilisatrices : celles qui utilisent une méthode donnée ne sont pas seulement motivées par l'étape où elles se trouvent dans leur cycle de vie familiale, mais en plus elles sont des citadines et ont un niveau d'étude plus élevé. A ceci s'ajoutent l'impact de la longévité du mariage et celui, très fort, du nombre d'enfants en vie. Par conséquent, les facteurs démographiques jouent un rôle plus important que celui des facteurs socio-économiques dans le choix de la méthode contraceptive.

Les paramètres socio-économiques et démographiques influencent le taux de prévalence contraceptive à des degrés divers selon les pays. Il faut aussi souligner la variation substantielle, d'un pays à l'autre, du lien entre la décision de faire des enfants et la pratique contraceptive, alors que le désir de ne plus avoir d'enfants est lui très intimement lié à la pratique de méthodes contraceptives.

Les relations ou la communication entre les époux affectent également la pratique de la planification familiale (Ezeh, 1993). En utilisant les données de l'EDS du Ghana, A. C. Ezeh (1993) a montré que les couples sont plus enclins à utiliser des méthodes de contraception lorsque les deux conjoints ont une attitude positive envers la contraception. Lorsqu'un seul des conjoints est favorable à la planification familiale, le sexe de celui qui approuve la contraception ne semble pas avoir une grande importance quant à la pratique courante de la contraception ou l'intention de la pratiquer. Par conséquent, l'attitude des femmes envers la planification familiale dépend autant de leur niveau scolaire que de celui de leur époux. Dans le même ordre d'idée, en dépit des liens positifs entre le désir d'avoir des enfants et les attitudes face à la planification familiale, les attitudes dépendent non seulement du désir des femmes mais aussi de celui de leur époux.

Les facteurs liés à la communauté et au programme de planification familiale

Les connaissances et les choix des individus en matière de méthodes de planification familiale ou de leur pratique peuvent être également influencés par des facteurs liés à la communauté et au programme de planification familiale. Le facteur mentionné le plus fréquemment, la connaissance de l'existence des méthodes étant une condition préalable, est la relative disponibilité et la facilité d'accès aux services de planification familiale, qui sont généralement mesurées par le temps du trajet, la proximité ou l'éloignement des centres des services de planification familiale, et parfois les moyens de transport. Un certain nombre d'études ont été conduites sur la relation entre la proximité des services et la pratique des méthodes contraceptives. Elles ont montré qu'en général une grande disponibilité et un accès facile aux services de planification familiale sont synonymes d'un taux de prévalence contraceptive plus important, indépendamment d'un niveau d'étude élevé et de la résidence en milieu urbain. Néanmoins, les effets de ces liens s'amenuisent après une analyse très poussée de ces facteurs, montrant qu'en fait, connaître l'existence d'un centre de planification familiale s'explique en partie par la résidence en ville ou un niveau scolaire relativement élevé.

E. Jones (1984), dans une étude comparée de la disponibilité des services de contraception dans 21 pays ayant participé à l'EMF, a conclu à l'absence d'effets significatifs du temps de trajet vers un centre de planification familiale sur l'utilisation de méthodes efficaces de contraception parmi les personnes qui connaissent les centres. Il apparaît que le problème majeur est avant tout de savoir si la femme connaît un centre de services, loin devant les autres facteurs. Ces conclusions ont été confirmées par A. Pebley et J. Brackett (1982) dans une autre étude conduite dans sept pays. Bien que la contribution du temps de voyage vers le centre d'informations soit sur le plan statistique très significatif, il revêt en fait peu d'importance, une fois connu le centre de planification familiale. Par conséquent, la connaissance d'un centre de planification familiale accroît réellement la probabilité de la pratique d'une méthode de contraception, nonobstant la durée du trajet.

Néanmoins, une analyse comparée de la disponibilité et de la pratique des méthodes de contraception (Wilkinson *et al.*, 1991)

montre que la relation entre la disponibilité d'un centre d'informations et la pratique de méthodes de contraception n'est pas homogène d'un pays à l'autre. Dans des pays comme le Togo et l'Ouganda, où l'environnement des centres est très précaire, la disponibilité des services de planification familiale a un effet positif sur la pratique des méthodes modernes : le taux de prévalence contraceptive décroît avec l'éloignement des centres d'information. Des analyses révèlent que les pays ayant les revenus par habitant les plus élevés ont un niveau de disponibilité des centres plus élevé que celui des pays pauvres, comme on doit s'y attendre. Il semble également que l'existence d'une pléthore de centres puisse produire des effets pervers, comme en Égypte. Dans ce pays en effet, le taux de prévalence était plus bas pour les femmes qui habitaient près d'un centre d'approvisionnement, contrairement à d'autres pays considérés dans cette étude (Wilkinson *et al.*, 1991). Ainsi, la disponibilité des prestataires n'a-t-elle pas toujours un effet important sur la pratique contraceptive, dans la mesure où il est vraisemblable que le type des services offerts, et non seulement l'existence d'un centre ou de prestataires, est un facteur déterminant. Cela est aussi le cas de la Colombie (Cochrane et Guilkey, 1991) où l'accès aux services de planification familiale, qu'il soit mesuré par l'existence de plusieurs centres dans un rayon de cinq kilomètres ou par le nombre des méthodes disponibles, n'a pas un effet significatif sur la pratique des méthodes de contraception.

Il faut souligner que l'effet de la disponibilité des méthodes de contraception est une préoccupation primordiale des analystes et des décideurs en matière de politique de planification. Les analystes sont d'accord sur le fait que les programmes de planification familiale accélèrent la transition de la fécondité ; mais ce qui est controversé est de savoir si l'augmentation de la disponibilité peut amorcer une transition (Watkins, 1990). Dans le même ordre d'idées, C. Hammerslough (1991) a étudié les relations entre la proximité des services de planification familiale et la transition de la fécondité au Kenya. Il a conclu que les données, quantitatives et qualitatives, confirment l'hypothèse selon laquelle l'augmentation de la disponibilité des méthodes contraceptives a accéléré la baisse de la fécondité en accroissant l'utilisation des moyens cliniques efficaces chez les utilisatrices de méthodes contraceptives. Mais les résultats ne permettent pas d'affirmer que la disponibilité des services peut amorcer la transition. De plus, étant donné que l'objectif majeur de la planification familiale est le contrôle des naissances, Bongaarts (1991) a démontré que la vigueur du programme de planification familiale

d'un pays est un facteur ayant une influence notable sur les taux de prévalence des méthodes contraceptives et sur la fécondité des femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants. Le niveau moyen des connaissances en matière de moyens contraceptifs et de leur utilisation est fortement lié au niveau de développement socio-économique et à la vigueur des efforts du programme de planification familiale (United Nations, 1987).

LE LIEN ENTRE FÉCONDITÉ ET PLANIFICATION FAMILIALE

L'objectif principal de l'introduction de la planification familiale, qui est de permettre aux couples de contrôler ou de réguler leur fécondité, repose sur l'idée que la planification familiale a, ou pourrait avoir, un impact majeur sur la fécondité partout où elle est ou serait pratiquée. Le modèle de Bongaarts (Bongaarts et Potter, 1983) confirme ce rôle important de la planification familiale, dont la composante majeure est la contraception. A ce stade, nous allons détailler ces relations entre la planification familiale et la fécondité.

Outre l'effet de la stérilisation, qui a été estimé en termes de naissances non désirées plus particulièrement en Amérique Latine, l'effet des autres méthodes de planification familiale est souvent mesuré en termes relatifs par l'accroissement du taux de prévalence contraceptive et par la baisse de la fécondité. Néanmoins, en se basant sur les données des enquêtes démographiques et de santé sur la fécondité et l'utilisation des méthodes de contraception pour 25 pays en voie de développement, N. Rutenberg *et al.* (1991) ont estimé qu'en moyenne une augmentation de 15 % du pourcentage des utilisatrices des méthodes de contraception peut se traduire dans l'indice synthétique de fécondité par une baisse d'environ un enfant.

Mais le lien entre fécondité et planification familiale n'est pas unidirectionnel. Manifestement influencée par la planification familiale, la fécondité affecte celle-ci en retour : très souvent, c'est le nombre d'enfants qui motive une femme (sauf pour les jeunes femmes célibataires, qui constituent un cas particulier) ou un couple à pratiquer la planification familiale. L'analyse de 25 pays ayant participé à l'EDS a montré ainsi que les mères de 3 ou 4 enfants (Rutenberg *et al.*, 1991) sont des candidates potentielles à la pratique

des méthodes de contraception alors que Shah (1991) a trouvé que la parité avait un effet très fort sur le choix de la méthode de contraception.

Nous avons souligné auparavant que le désir de ne plus avoir d'enfants influait fortement sur la pratique des méthodes contraceptives. Or celui-ci est intimement lié au nombre d'enfants que le couple ou la femme a (en particulier ceux qui sont encore en vie) et par conséquent à la fécondité passée (Cochrane et Guilkey, 1991).

Le cas des grossesses non désirées et des besoins non satisfaits

Certains observateurs ont soutenu que la forte fécondité constatée dans certains pays en voie de développement, et qui demeure stable au fil des ans, pourrait être réduite par une diffusion forte de la planification familiale qui mettrait les méthodes contraceptives à la portée de tous. L'indicateur le plus important sur lequel est basée cette affirmation est l'ampleur du phénomène des grossesses non désirées. Par conséquent, cet aspect a toujours bénéficié et continue de bénéficier d'une attention toute particulière dans les études de l'EMF et de l'EDS. Par exemple, L. Lightbourne (1985) affirmait, après une analyse des informations collectées par les enquêtes de l'EMF sur le nombre d'enfants souhaités et les perspectives de déclin de la fécondité, que si les femmes réussissaient à transformer leurs choix en actes, on observerait une baisse notable du nombre d'enfants dans la plupart des 40 pays étudiés, et que très peu de pays n'enregistreraient pas cette baisse. Dans l'ensemble, une comparaison des indices synthétiques de fécondité indiquait que si les femmes des pays en voie de développement n'avaient aucun enfant non désiré, on devrait s'attendre à une baisse du nombre de naissances par femme de l'ordre de 0,8 à 2,7 en Amérique du Sud. Mais en Afrique subsaharienne, la baisse serait seulement de l'ordre de 0,2 à 1 naissance ; la diminution la plus importante serait observée au Kenya avec 1 naissance et la moins importante en Côte d'Ivoire avec 0,2 naissance.

La fréquence des naissances non désirées a engendré le concept de besoins non satisfaits qui fait référence au nombre de femmes qui ont exprimé le souhait d'arrêter ou de remettre à plus tard les grossesses par rapport à celles qui pratiquent la contraception ou qui essaient de mettre à exécution leurs souhaits. Ces estimations de besoins non

satisfaits fournissent des mesures théoriques de la demande des services de planification familiale.

Boulier (1985) a estimé les besoins non satisfaits dans 36 pays en voie de développement en distinguant la limitation et l'espacement des naissances. Dans la moitié des pays étudiés, les estimations hautes des besoins non satisfaits dépassent 20 %, avec en général des taux d'insatisfaction plus élevés en Amérique Latine et en Asie qu'en Afrique ou au Moyen-Orient. Ainsi, aucun des pays de l'Afrique subsaharienne étudiés n'a-t-il enregistré de taux de besoins non satisfaits supérieurs à 10 %.

C. Westoff et L. Ochoa (1991) ont comparé les besoins non satisfaits et la demande de services de planification familiale dans 25 pays ayant participé à l'EDS. Les besoins non satisfaits, plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain, décroissent avec l'augmentation des niveaux scolaires pour l'Afrique du Nord, l'Asie et l'Amérique Latine alors que la situation est plus indécise en Afrique subsaharienne. Néanmoins, dans l'ensemble, les besoins non satisfaits varient d'un minimum de 11 % en Thaïlande à un maximum de 40 % au Togo.

L'étude de B. Boulier (1985) est faite à partir des données des enquêtes EMF, ce qui explique en partie la différence avec celle de C. Westoff et L. Ochoa (1991) basée sur les enquêtes démographiques et de santé. D'autre part, cette différence peut être autant la conséquence d'un écart dans les méthodes de calculs que d'une évolution du phénomène puisque, comme l'a remarqué T. Locoh (1995), la composition de cet indice doit être considérée avec précaution. Si l'on observe les deux composantes des besoins non satisfaits, espacement des naissances d'une part et limitation de celles-ci d'autre part, les résultats montrent que la plupart des besoins non satisfaits pour l'Afrique subsaharienne concernent l'espacement. Ceux-ci sont estimés à au moins 70 % des besoins totaux non satisfaits pour des pays comme le Botswana, le Burundi, le Ghana, le Togo et l'Ouganda.

L'efficacité des méthodes contraceptives et les taux d'échec

Depuis quelque temps une attention toute particulière est accordée à la dynamique de l'utilisation des méthodes contraceptives. La baisse rapide de la fécondité et l'élévation du taux de prévalence des méthodes contraceptives parmi certaines populations des pays en développement justifient l'intérêt accordé aux taux de réussite ou d'échec des méthodes de contraception et à leur mesure. J. Bongaarts et G. Rodriguez (1991), en présentant une nouvelle méthodologie pour mesurer les taux d'échec des méthodes de contraception, ont souligné que l'analyse de l'efficacité de ces méthodes, auparavant souvent ignorée par les démographes, est un élément très important de l'étude de la fécondité, principalement pour les populations où le contrôle des naissances par la contraception est répandu.

L. Moreno et N. Goldman (1991), en utilisant les techniques des tables d'espérance de vie, ont calculé les taux d'échec dans 15 pays d'Amérique Latine, d'Asie et d'Afrique du Nord. Ces taux varient de niveaux aussi bas que 2 % en Thaïlande et 3 % en Indonésie à 16 % au Pérou et 28 % en Bolivie. Il est intéressant de noter que dans une autre étude sur les différences entre les taux d'échec dans les mêmes pays, L. Moreno (1991) n'a pas trouvé d'éléments qui corroborent l'assertion selon laquelle les femmes vivant dans les zones urbaines utilisent plus efficacement les méthodes de contraception. Mieux, les résultats n'ont pas apporté de confirmation sans équivoque de l'idée selon laquelle plus le niveau d'études des femmes est élevé, plus elles utilisent efficacement les méthodes de contraception. Par région du monde, les taux d'échec de la première année semblent indiquer que les femmes asiatiques et les femmes nord-africaines utilisent plus efficacement les méthodes de contraception que leurs homologues d'Amérique Latine et des Caraïbes, quelle que soit la méthode utilisée.

Pour ce qui concerne l'Afrique, les taux d'échec de l'utilisation des pilules sont beaucoup plus élevés au Maroc (11,2 %) qu'en Tunisie (6,6 %), les taux d'échecs les plus forts dans chacun de ces deux pays se retrouvant dans les zones rurales. En outre, le centre d'approvisionnement des pilules semble jouer un rôle dans l'arrêt des prises et les échecs (Esseghairi *et al.*, 1991).

CONCLUSION

Ce chapitre a examiné les différents paramètres de la pratique de la planification familiale, essentiellement selon les résultats des enquêtes des programmes EMF et EDS qui ont fourni de nombreuses informations sur certains facteurs et leurs interrelations dans un grand nombre de pays en voie de développement. Pour certains de ces pays, c'était la toute première fois où l'on disposait de ce genre d'informations.

En tout premier lieu, nous sommes arrivés à la conclusion que la pratique de la planification familiale est peu répandue en Afrique, tout particulièrement en Afrique subsaharienne, où la majeure partie de la population n'utilise aucune méthode de planification familiale. Dans la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara, les méthodes traditionnelles sont nettement plus utilisées que les méthodes modernes et le taux de prévalence des méthodes de planification familiale, tous moyens confondus, demeure en général inférieur à 10 %. Dans l'ensemble, les liens entre les différents facteurs et la planification familiale ne suivent pas de schéma uniforme. Ils diffèrent quantitativement et qualitativement de façon substantielle, d'un pays à l'autre et même à l'intérieur d'un pays. Et pratiquement toute généralisation rencontre des exceptions concernant au moins quelques franges de la population. L'impact des facteurs socio-économiques sur la pratique de la planification familiale intervient à divers degrés dans les différentes populations, mais apparemment ne plus vouloir d'enfants est, de façon positive et stable, lié à l'utilisation de méthodes contraceptives. Dans le cas inverse, plus grand sera le désir d'une femme d'avoir d'autres enfants, plus grande sera la probabilité qu'elle refuse la planification familiale. Puisque les intentions de procréer sont basées ou sont largement dépendantes du niveau de fécondité atteint, la fécondité est également un facteur important de la planification familiale. Par conséquent, la relation entre la planification familiale et la fécondité s'exerce dans les deux sens. D'autres faits relatifs aux paramètres influençant le taux de prévalence contraceptive, à quelques exceptions près, semblent indiquer que l'accès aux centres de planification familiale a joué un rôle moins important que les facteurs personnels, de nature socio-économique et démographique.

Le niveau d'études et, à un certain degré, le fait de vivre dans des zones urbaines jouent un rôle très important dans l'utilisation de

méthodes contraceptives chez les personnes qui désirent réellement maîtriser leur fécondité. Le lien, bien qu'il s'atténue, demeure très fort même après contrôle des difficultés d'accès aux services de planification familiale. Ceci peut indiquer que bien que le développement de programmes rigoureux de planification familiale puisse s'avérer nécessaire, il ne suffit pas pour obtenir des baisses substantielles de la fécondité s'il demeure isolé. Les faits confirment le point de vue selon lequel, dans un contexte culturel donné, la planification familiale peut déclencher ou accélérer la baisse de la fécondité, si elle est appropriée aux changements socio-économiques qui affectent la population. Il existe effectivement un lien direct entre la pauvreté des femmes et la forte fécondité. Le manque de ressources économiques, l'inexistence de systèmes de sécurité sociale et la précarité des infrastructures des zones rurales font de la procréation la principale stratégie pour survivre. Par conséquent, les programmes qui intègrent la planification familiale et le développement, tout en s'attaquant aux causes sous-jacentes de la forte fécondité comme la misère, le bas niveau social des femmes et les faibles taux de survie infantile, revêtent une grande importance pour les pays africains.

On l'a constaté, la plus grande partie des analyses conduites jusqu'à présent concernent essentiellement le continent américain et l'Asie et les quelques allusions qui ont été faites au continent africain traitaient surtout du Kenya. Récemment, avec la conduite du programme EDS, l'attention accordée au Kenya a été étendue au Botswana et au Zimbabwe compte tenu de l'utilisation assez répandue des méthodes contraceptives dans ces trois pays et de la baisse manifeste de leur fécondité. De ce fait, les quelques rares références d'ordre général à l'Afrique subsaharienne, issues de l'observation de ces pays dans la plupart des études, ne peuvent s'appliquer à toute la région. En dépit de la multitude d'informations collectées, et aussi surprenant que cela puisse paraître, on peut affirmer que nombre de pays d'Afrique subsaharienne n'ont pas encore procédé à une analyse exhaustive des informations des enquêtes EMF en général, ou des problèmes ayant trait à la fécondité et à la planification familiale en particulier sans parler des toutes récentes informations des enquêtes EDS. Par conséquent, l'on sait encore peu de choses à ce jour des facteurs influençant la fécondité et la planification familiale dans les pays africains, en particulier ceux de l'Afrique subsaharienne.

Références bibliographiques

- BANGHA M.W., 1994, The Issue of Population Growth, Its Control and Perceptions in Africa, paper presented at the First International Symposium on Bioethics, Yaounde.
- BONGAARTS J., 1991, « Do Reproductive Intentions Matter ? », *DHS World Conference Proceedings*, Vol. I, pp. 223-248.
- BONGAARTS J. AND POTTER R.G., 1983, *Fertility, Biology and Behaviour : An Analysis of the Proximate Determinants*, Academic Press, New York.
- BONGAARTS J. AND RODRIGUEZ G., 1991, « A New Methodology for Estimating Contraceptive Failure Rates », *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*, United Nations, New York, pp. 52-67.
- BOULIER B. L., 1985, *Evaluating Unmet Need for Contraception : Estimates for Thirty-six Developing Countries*, World Bank Staff Working Papers, n° 678.
- BUREAU OF STATISTICS, 1993, *Tanzania Demographic and Health Survey, 1991/92*, Macro International Inc., Maryland.
- CENTRAL STATISTICS OFFICE, 1995, *Zimbabwe Demographic and Health Survey, 1994*, Macro International Inc., Maryland.
- CENTRE NATIONAL DE RECHERCHES SUR L'ENVIRONNEMENT, 1994, *Madagascar Enquête Nationale Démographique et sanitaire, 1992*, Macro International Inc., Maryland.
- COCHRANE S. AND GUILKEY D. K., 1991, « Fertility Intentions and Access to Services as Constraints on Contraceptive Use in Colombia », *DHS World Conference Proceedings*, Vol. II, pp. 1305-1328.
- DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATION, 1994, *Guinée Enquête Démographique et santé, 1992*, Macro International Inc., Maryland.
- DIRECTION DU 2^{EME} RGPH, 1993, *Cameroun Enquête Démographique et santé, 1991*, Macro International Inc., Maryland.
- ESSEGHAIKI K., HINDE P. R. A., MCDONALD J. W. and MEDDEB S., 1991, « IUD and Pill Use Dynamics in Tunisie and Morocco », *DHS World Conference Proceedings*, Vol. III, pp. 2119-2134.

LES DÉTERMINANTS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

- EZEH A. C., 1993, « The Influence of Spouses Over Each Other's Contraceptive Attitudes in Ghana », *Studies in Family Planning*, 24 (3), pp. 163-74.
- FEDERAL OFFICE OF STATISTICS, 1992, *Nigeria Demographic and Health Survey, 1990*, Macro International Inc., Maryland.
- GHANA STATISTICAL SERVICE, 1994, *Ghana Demographic and Health Survey, 1993*, Macro International Inc., Maryland.
- HAMMERSLOUGH C. R., 1991, « Proximity to Contraceptive Services and Fertility Transition in Rural Kenya », *DHS World Conference Proceedings*, Vol. II, pp. 1287-1304.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE, 1994, *Burkina Faso Enquête Démographique et santé, 1993*, Macro International Inc., Maryland.
- JONES E., 1984, *The Availability of contraceptive Services*, WFS Comparative Studies, n° 37.
- KIM N. I. AND CHOI B. M., 1981, *Preferences for Number and Sex of Children and Contraceptive Use in Korea*, WFS Scientific Reports, n° 22.
- LOCOH T., 1995, « Parlons des E.D.S. : l'analyse statistique est-elle neutre ? », in *Clins d'oeil de démographes à l'Afrique et à Michel François*, Documents et Manuels du CEPED n° 2, CEPED, Paris, pp. 143-155.
- LIGHTBOURNE L. E., 1985, « Desired Number of Births and Prospects for Fertility Decline in 40 Countries », *International Family Planning Perspectives* 11 (2), pp. 34-39.
- MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES, 1993, *Namibia Demographic and Health Survey, 1993*, Macro International Inc., Maryland.
- MINISTÈRE DES FINANCES ET DU PLAN, 1993, *Niger Enquête Démographique et santé, 1992*, Macro International Inc., Maryland.
- MINISTÈRE DES FINANCES ET DU PLAN, 1994: *Enquête Démographique et santé au Sénégal (EDS-II), 1992-93*, Macro International Inc., Maryland.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1993, *Maroc Enquête Nationale sur la Population et la santé (ENPS-II), 1992*, Macro International Inc., Maryland.
- MORENO L., 1991, « Differentials in Contraceptive Failure Rates in Developing Countries: Results from the Demographic and Health Surveys », *DHS World Conference Proceedings*, vol. I, pp. 695-716.
- MORENO L. AND GOLDMAN N., 1991, « Contraceptive Failure Rates in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys », *International Family Planning Perspectives*, 17 (2), pp. 44-49.
- MUHURI P. K. AND RUTSTEIN S. O., 1994, *Socioeconomic, Demographic, and Health Indicators for Subnational Areas*, DHS Comparative Studies, n° 9, Macro International Inc., Maryland.
- NCPD, 1994, *Kenya Demographic and Health Survey, 1993*, Macro International Inc., Maryland.
- NATIONAL POPULATION COUNCIL, 1992, *Egypt Demographic and Health Survey, 1992*, Macro International Inc., Maryland.
- NATIONAL STATISTICS OFFICE, 1994, *Malawi Demographic and Health Survey, 1992*, Macro International Inc., Maryland.
- NJOGU W., 1991, « Trends and Determinants of Contraceptive Use in Kenya », *Demography*, 28 (1), pp. 83-99.
- OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION, 1994, *Rwanda Enquête Démographique et santé, 1992*, Macro International Inc., Maryland.
- PEBLEY A. R. and BRACKETT J. W., 1982, « The Relationship of Contraceptive Availability to Contraceptive Use », *International Family Planning Perspectives*, 8 (3), pp. 84-92.
- RUTENBERG N., AYAD M., OCHOA L. H. and WILKINSON M., 1991, *Knowledge and Use of Contraception*, DHS Comparative Studies, n° 6, Macro International Inc., Maryland..
- RUTSTEIN S. O., 1991, « The Impact of Breastfeeding on Fertility », *DHS World Conference Proceedings*, vol. II, pp. 897-924.
- SADIK N., 1980, « Use of Family Planning Services », *WFS World Conference Proceedings*, London, vol. 2, pp. 559-595.

- SAÏ F., 1989, « The Problems of Fertility Regulation in Africa », *Developments in Family Planning Policies and Programmes in Africa*, RIPS, University of Ghana, Legon, pp. 57-67.
- SHAH I., 1991, « Comparative Analysis of Contraceptive Method Choice », *DHS World Conference Proceedings*, vol. I, pp. 617-540.
- UNITED NATIONS, 1987, *Fertility Behaviour in the Context of Development : Evidence from the World Fertility Survey*, New York.
- UNITED NATIONS, 1989, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1988*, New York.
- UNITED NATIONS, 1996, *World Population Prospects : The 1996 Revision*, New York.
- UNITED NATIONS, 1998, *World Population Projections to 2150*, New York.
- UNIVERSITY OF ZAMBIA, Central Statistics Office (CSO), 1993, *Zambia Demographic and Health Survey, 1992*, Macro International Inc., Maryland.
- WATKINS S. C., 1990, « The Transformation of Demographic Regimes in Western Europe, 1870-1960 », *Population and Development Review*, 16 (2), pp. 241-272.
- WEINBERGER M. B., 1987, « The Relationship Between Women's Education and Fertility : Selected Findings from the WFS », *International Family Planning Perspectives*, 13 (2), pp. 35-46.
- WESTOFF C. F. AND OCHOA L. H., 1991, *Unmet Need and the Demand for Family Planning*, DHS Comparative Studies, n° 5, Macro International Inc., Maryland.
- WILKINSON M. I., ABDERRAHIM N. AND NJOGU W., 1991, « Availability and Use of Contraception : A Comparative Analysis », *DHS World Conference Proceedings*, vol. II, p. 1255.

CHAPITRE 3

PLANIFICATION FAMILIALE ET FACTEURS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE AU KENYA ET EN OUGANDA

Israël SEMBAJWE

Chercheur au RIPS¹

INTRODUCTION

La plupart des pays africains se distinguent par une fécondité élevée liée à des valeurs pro-natalistes propres aux nombreuses cultures du continent (Sonko, 1994). Leur affaiblissement et l'éclosion de nouvelles valeurs favorables à une faible descendance apparaissent très difficiles sans de profonds changements procédant d'un développement socio-économique.

Cependant, bien qu'il soit difficile de différencier l'impact des programmes de planification familiale de celui des facteurs socio-économiques, il semble que des programmes de planification intenses et bien soutenus puissent donner des résultats surprenants en matière de baisse de la fécondité. Tel a été le cas dans un certain nombre de pays d'Asie et d'Afrique (Caldwell et Caldwell, 1993). L'adoption d'une politique démographique bien conçue et d'un programme de planification familiale ayant pour objectif d'influencer la fécondité et le taux de croissance démographique dans les directions souhaitées

¹ Regional Institute of Population Studies, Accra, Ghana.

par les gouvernements peuvent produire d'excellents résultats même en l'absence d'importants changements socio-économiques.

Dans ce chapitre, nous évaluerons l'influence de différents facteurs, notamment socio-économiques, sur l'utilisation des méthodes de planification familiale. En dépit des différences dans les processus de changements politiques et socio-économiques vécus par le Kenya et l'Ouganda, nous montrerons que la diffusion des informations sur la planification familiale a eu une plus grande influence sur l'utilisation des méthodes de contraception que les facteurs socio-économiques les plus courants, tels le lieu de résidence, l'emploi et le niveau d'études.

POLITIQUE DE POPULATION ET PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

Si les deux pays considérés ont eu dans le passé la volonté de réduire la fécondité et le taux de leur croissance démographique, l'utilisation des méthodes contraceptives est plus répandue au Kenya qu'en Ouganda. Au delà de l'effet des divergences dans les situations politiques et socio-économiques ayant affecté les deux pays dans le passé, les écarts de prévalence contraceptive sont également dus aux différences dans le soutien politique, financier et moral que chaque gouvernement a accordé à l'instauration d'un programme de planification familiale vigoureux.

Le gouvernement kenyan s'est montré préoccupé très tôt par les problèmes démographiques et a pris dès 1966 des mesures tendant à réduire la fécondité et le taux de croissance démographique (Miller, 1972 ; Frank et McNicoll, 1987). Dans cette optique, un programme national de planification familiale a été conçu avec pour principal objectif l'intégration des services de contraception dans les centres de santé maternelle et infantile à travers le pays. Vers la fin des années 1970, lorsque le gouvernement s'est rendu compte que beaucoup restait à faire pour infléchir à la baisse la courbe de croissance de la population et la rendre compatible avec ses efforts pour assurer le développement économique du pays, il a souhaité créer un Conseil National pour la Population et le Développement (CNPD). Cet organisme, constitué en 1982, avait pour rôle principal d'assister le gouvernement dans la conception de politiques et de stratégies en

matière de population, et de coordonner toutes les activités connexes dans le pays. Depuis lors, les activités en matière de population ont été intensifiées.

On estimait, au début de la décennie 1980, que seulement 26 % de la population des zones rurales pouvaient accéder à un centre de planification familiale dans un délai de trois heures. Mais, en 1989, ce taux est passé à 89 % (Hammerslough, 1992). Cette amélioration dans la proximité des centres de planification familiale a, d'après les experts, joué un rôle de premier plan dans l'accroissement du taux de prévalence contraceptive ; accroissement qui a, à son tour, « accéléré la transition de la fécondité en augmentant la proportion d'utilisatrices qui comptaient beaucoup sur des méthodes chimiques très efficaces » (Hammerslough, 1992). En conséquence, le Kenya a réduit de façon remarquable son indice synthétique de fécondité : de 8,1 enfants par femme en 1977-1978 à 7,7 en 1984, 6,7 en 1989 et 5 en 1993 (NCPD, 1994).

La promotion de la planification familiale par les media et d'autres stratégies de marketing ont contribué à répandre l'usage des méthodes contraceptives, indépendamment de la situation socio-économique de la femme. Par exemple, en Gambie, la promotion de la planification familiale dans une pièce de théâtre radiophonique, destinée à 400 personnes (hommes et femmes) sélectionnées au hasard, a engendré des attitudes plus positives envers la planification familiale et l'utilisation de méthodes modernes de contraception chez ces personnes, par rapport à des individus n'ayant pas suivi cette pièce (Valente, 1994). Le plus intéressant est que l'impact était plus fort chez les analphabètes, démontrant ainsi l'effet que peuvent avoir de vigoureuses campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC), en matière de planification familiale, sur la pratique contraceptive, même en l'absence de changements socio-économiques notables.

Au Kenya, une étude sur les organes d'information et la planification familiale a montré une corrélation statistique très forte entre l'audition ou la vision de messages sur la planification familiale par les femmes et leur utilisation de méthodes contraceptives. Seulement 15 % des femmes répondant n'avaient jamais entendu ni vu de messages diffusés par les media sur la planification familiale utilisaient une méthode contraceptive. Cette proportion était de 25 % chez les femmes ayant seulement entendu des messages

radiophoniques, de 40 % parmi celles confrontées aux messages à la radio et dans les journaux, et de 50 % chez celles exposées aux messages à la radio, dans les journaux et à la télévision (Westoff et Rodriguez, 1995). La corrélation était toujours forte même après contrôle d'un certain nombre de facteurs, y compris socio-économiques.

Par conséquent, on peut estimer que les efforts pour utiliser les organes d'informations et les autres moyens de communication afin de promouvoir la planification familiale accroissent la connaissance, l'acceptation et l'utilisation des méthodes contraceptives. Tel a été le cas du Kenya où un certain nombre d'organisations, locales et internationales, ont soutenu les objectifs de la politique démographique nationale et les activités du programme de planification familiale. Au niveau national, il s'agit de l'Association kenyane pour la planification familiale (FPAK), du CNPD, déjà mentionné, et du ministère de la Santé. Des institutions internationales sont également intervenues : Pathfinder, la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), l'Agence suédoise pour le développement international (SIDA), l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), le Population Council, la Fondation Ford, la Fondation Rockefeller, le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale pour la santé (OMS), la Banque mondiale et les gouvernements norvégiens et hollandais, pour ne citer que les principales institutions.

En ce qui concerne l'Ouganda, il faut souligner que ce pays a attendu 1993 pour adopter officiellement une politique démographique, bien que les autorités aient compris la nécessité de réduire la fécondité et le taux de croissance de la population bien avant cette date. Par conséquent, les programmes économiques mis en œuvre avaient pour objectif de redistribuer les ressources disponibles aux secteurs productifs et aux services sociaux de l'économie (République de l'Ouganda, 1993). Les autorités espéraient que la réussite de leurs programmes leur permettrait d'agir sur le bien-être de la population dans le sens souhaité. En conséquence, le soutien politique, financier et moral accordés aux programmes démographiques était réduit. Cette situation s'est même dégradée avec l'instabilité politique et la crise économique des années 1970 et de la première moitié des années 1980, auxquelles il faut ajouter l'augmentation rapide de la population, la baisse du niveau de vie, les problèmes de santé publique tels le sida, le chômage et la dégradation

des infrastructures. Tous ces facteurs ont amené le gouvernement à se préoccuper davantage du bien-être des populations à la fin des années 1980 et au début des années 1990, et surtout à reconnaître la nécessité de s'intéresser plus aux problèmes démographiques, et en particulier aux liens étroits existant entre la mortalité, la natalité et les mouvements migratoires et à leur influence sur la santé et le bien-être général de la population ; et à d'autres facteurs tels que l'alimentation et la nutrition, l'éducation, les soins de santé et l'urbanisation qui influencent et sont influencés par les courbes de croissance démographique, ainsi qu'il est mentionné dans le document sur la politique de population qui a été approuvé en 1993 (République de l'Ouganda, 1993).

Les objectifs de cette politique sont la promotion et l'expansion d'un programme cohérent de planification familiale, et la prise en compte des intérêts des individus et des couples dans la pratique de la planification familiale tout en renforçant le rôle de l'homme dans cette planification. Certaines des stratégies qui doivent être, d'après le document, déployées pour atteindre les objectifs de la politique démographique concernent la famille et la santé :

1. promouvoir des programmes de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF) ;
2. encourager la pratique des méthodes naturelles et des méthodes modernes de planification familiale et augmenter leur taux de prévalence en rendant les services des centres de planification familiale acceptables, disponibles, faciles d'accès, et à la portée de toutes les bourses à travers des distributions de contraceptifs par les cliniques et les communautés, le marketing social, et s'assurer de la bonne qualité des services ;
3. améliorer la santé des membres de la famille en encourageant les hommes à s'y intéresser.

Dans cette perspective, le gouvernement ougandais et la communauté internationale ont accru leur budget et leur assistance en matière de population depuis 1988. L'expansion des activités de l'Association ougandaise pour la planification familiale, l'installation du secrétariat chargé de la démographie au ministère des Finances et du Plan et le soutien de plus en plus grand accordé aux activités liées à

la démographie par des organisations comme le FNUAP, l'USAID, la Banque Mondiale et l'IPPF en témoignent. Mais cet effort est arrivé beaucoup plus tard qu'au Kenya qui avait pris une avance de plus de 20 ans en ayant amorcé ses efforts en matière de programmes de population dès les années 1966-1967.

Dans ce contexte prolongé de programme démographique peu développé et d'absence d'une politique démographique officielle, l'indice synthétique de fécondité en Ouganda est resté élevé : 7,1 au recensement de 1969, 7,4 lors de l'enquête démographique et de santé (EDS-I) de 1988-89 et les résultats des études disponibles montraient que l'Ouganda ne donnait aucun signe de transition de la fécondité, et qu'il était l'un des rares pays anglophones dont le taux de fécondité n'affichait aucune baisse² (Freedman et Blanc, 1992 : 47 ; Aku et Shariff, 1994). Depuis, l'enquête démographique et de santé (EDS-III) de 1995 indique une très légère baisse de la fécondité (6,9) durant la première moitié des années 1990.

LES FACTEURS DE L'UTILISATION DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

La méthode d'analyse du poids des différents facteurs

Nous considérerons dans l'analyse que les différences dans les situations politiques, socio-économiques et démographiques entre les deux pays n'influent pas sur les facteurs de l'utilisation croissante des méthodes de planification familiale que nous postulerons commun. Dans cette étude, nous utiliserons les résultats des enquêtes démographiques et de santé réalisées en 1989 au Kenya et en Ouganda. La méthodologie des deux enquêtes est présentée de façon détaillée dans des rapports disponibles sur les enquêtes (NCPD, 1989 ; Ministry of Health, 1989). 4 778 et 3 055 femmes mariées ont été respectivement retenues au Kenya et en Ouganda pour l'analyse générale des enquêtes, cependant, pour notre analyse multivariée, ce

² L'indice synthétique de fécondité enregistré lors de l'EDS-III réalisée en Ouganda en 1995 indique une très légère baisse (6,9), qui doit être cependant appréciée avec prudence compte tenu des différences de méthode dans l'enregistrement des données puisque les précédents indices avaient été obtenus lors de recensements.

sont 3 182 femmes au Kenya et 1 784 femmes en Ouganda, pour lesquelles nous possédons des informations pour toutes les variables choisies dans notre modèle de régression logistique, qui font l'objet de l'analyse.

La variable dépendante dans l'analyse est « l'utilisation de la contraception à un moment quelconque » correspondant à une utilisation au moins une fois d'une méthode de contraception. Les variables indépendantes choisies pour l'analyse sont, d'une part, les facteurs socio-économiques et culturels relatifs aux origines et à la situation du sujet : le niveau scolaire, la situation sur le plan de l'emploi, le lieu de résidence, l'ethnie et la religion, et, d'autre part, les facteurs, dits de proximité, concernant l'information et les attitudes relatives à la planification familiale : l'écoute d'une station de radio chaque semaine, la connaissance d'un centre de services de planification familiale, la volonté d'avoir d'autres enfants, la discussion de la planification familiale avec le partenaire, l'approbation de la planification familiale par la personne interrogée.

Dans une première phase de l'étude, la relation entre l'utilisation de la contraception à un moment quelconque et les facteurs sélectionnés a été mesurée. Ensuite, un modèle à plusieurs variables a été utilisé pour évaluer l'influence de chacune d'entre elles sur l'utilisation de la planification familiale, après contrôle de tous les autres facteurs sélectionnés pour l'étude. En raison de la nature dichotomique de la variable dépendante, la régression logistique est la méthode la plus appropriée.

La mise en évidence des principaux facteurs de la pratique contraceptive

Comme on pouvait l'escompter, compte tenu de l'ancienneté très différente des programmes, le pourcentage de femmes mariées qui ont utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie était plus élevé au Kenya (44 %) qu'en Ouganda (24 %) (tableau 1). Cet écart provient exclusivement de l'utilisation des méthodes modernes de contraception : 31 % au Kenya contre 9 % en Ouganda. Au contraire, les moyens traditionnels sont légèrement plus utilisés en Ouganda (15 %) qu'au Kenya (9 %). Ainsi, parmi l'ensemble des femmes ayant utilisé une méthode de planification familiale à un moment quelconque de leur vie, le pourcentage de celles ayant

CHAPITRE 3

pratiqué une méthode moderne est plus élevé au Kenya qu'en Ouganda : 71 % contre 39 %. Au delà des moyennes nationales, des différences régionales et provinciales existent au Kenya comme en Ouganda. Des régions comme celles du Centre, de l'Est et Nairobi au Kenya, et de Kampala en Ouganda, où il existe de plus fortes potentialités de trouver des centres de planification familiale et où les informations sur la planification familiale sont plus directement disponibles, à travers différents canaux de communication, ont des prévalences contraceptives plus élevées que les régions situées à distance des capitales ou moins bien dotées en centres de planification familiale.

TABLEAU 1. UTILISATION PAR LES FEMMES DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE SELON LE PAYS ET LA RÉGION - KENYA ET OUGANDA, 1989

Pays/Région*	Utilisation au moins une fois d'une méthode de contraception				
	Aucune méthode	Seulement une méthode traditionnelle	Une méthode moderne	Total %	Effectif
Kenya					
Nairobi	44,5	7,5	48,0	100,0	519
Centre	36,6	14,1	49,3	100,0	787
Côte	70,1	4,2	25,7	100,0	529
Est	39,0	28,2	32,8	100,0	561
Nyanza	70,1	10,5	19,4	100,0	895
Vallée du Rift	56,6	17,1	26,3	100,0	742
Ouest	69,3	8,9	21,9	100,0	745
Total	55,9	12,9	31,2	100,0	4 778
Ouganda					
Ouest du Nil	91,5	8,5	0,0	100,0	118
Est	72,6	21,0	6,4	100,0	639
Centre	78,0	13,9	8,1	100,0	899
Ouest	78,8	12,7	8,5	100,0	118
Sud-ouest	84,9	11,3	3,8	100,0	1 013
Kampala	34,7	19,0	46,3	100,0	268
Total	75,9	14,7	9,4	100,0	3 055

* Au Kenya les régions sont désignées sous le vocable de « provinces ».

Par conséquent, il n'est pas étonnant que, pour l'ensemble du Kenya et de l'Ouganda, le pourcentage le plus élevé d'utilisation d'une méthode de contraception à un moment quelconque se retrouve dans les deux capitales respectives : Nairobi et Kampala. Ceci nous suggère que les troubles politiques et la dégradation consécutive des infrastructures sociales et économiques en Ouganda ont limité la diffusion des informations et des services dans les zones éloignées, en particulier dans les zones rurales les plus lointaines comme celle de l'Ouest du Nil.

Par contre, au Kenya, des campagnes vigoureuses en faveur de la planification familiale ont été menées dans toutes les provinces. Mais ceci n'exclut pas des différences, qui peuvent être imputées aux décalages dans le temps de l'implantation dans les provinces des programmes d'IEC et des services de planification familiale, et probablement aussi à des facteurs socio-économiques et culturels.

Des variables telles que la discussion sur la planification familiale avec le partenaire, l'adhésion à une association, la disposition d'un emploi, l'écoute de la radio chaque semaine, le lieu de résidence, la connaissance d'un centre d'informations sur les méthodes modernes et l'approbation de la planification familiale par le sujet ont des liens étroits avec le fait d'avoir utilisé une méthode de planification familiale à un moment quelconque de sa vie, et cela dans les deux pays (tableaux 2 et 3).

Le fait pour les femmes de discuter de la planification familiale avec leur partenaire accroît leur probabilité d'avoir utilisé à un moment quelconque une méthode de planification familiale, par rapport à celles qui n'en ont jamais discuté. De plus, la fréquence des discussions favorise la pratique contraceptive. Ainsi, au Kenya, seulement 19 % des femmes n'en ayant jamais parlé avec leur partenaire ont utilisé au moins une fois une méthode contraceptive contre 46 % de celles en ayant discuté une ou deux fois et 69 % pour celles qui en ont parlé plus de deux fois. Cette progression est, au Kenya, essentiellement le fait d'une utilisation croissante des méthodes modernes (de 9 % pour les femmes qui ne parlent pas de planification familiale à 54 % pour celles qui en ont discuté plus de deux fois). Par contre, en Ouganda ceci concerne également les méthodes traditionnelles (de 11 % pour les femmes qui ne parlent pas de planification familiale à 24 % pour celles qui en ont discuté plus de deux fois) que modernes (respectivement 4 % et 26 %).

CHAPITRE 3

**TABEAU 2. UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON
DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES AU KENYA**

Variables	Utilisation d'une méthode de contraception*				Total effectif
	Aucune méthode	Seulement une méthode traditionnelle	Une méthode moderne	%	
Entretien sur la planification familiale avec le partenaire					
Jamais	80,7	10,8	8,5	100,0	1 723
1 ou 2 fois	54,3	12,7	32,9	100,0	1 415
Plus souvent	30,9	15,3	53,8	100,0	1 618
Membre d'une association					
Oui	49,2	16,2	34,6	100,0	1 831
Non	60,1	10,9	29,0	100,0	2 947
Le sujet travaille					
Non	58,9	13,3	27,8	100,0	4 231
Oui	32,4	10,0	57,6	100,0	521
Écoute une station chaque semaine					
Non	68,3	12,4	19,2	100,0	1 472
Oui	50,3	13,2	36,5	100,0	3 292
Lieu de résidence					
Urbaine	48,5	7,9	43,5	100,0	1 160
Rurale	58,3	14,5	27,2	100,0	3 618
Connaît un centre d'information sur les méthodes modernes					
Non	91,6	8,1	0,2	100,0	419
Oui	52,5	13,4	34,1	100,0	4 359
Approuve la planification familiale					
Non	85,0	8,9	6,1	100,0	461
Oui	52,5	13,4	34,1	100,0	164

* Utilisation d'au moins une méthode de contraception à un moment quelconque de la vie de la femme.

PLANIFICATION FAMILIALE AU KENYA ET EN OUGANDA

TABLEAU 3. UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES EN OUGANDA

Variables	Utilisation d'une méthode de contraception*				Total % effectif
	Aucune méthode	Seulement une méthode traditionnelle	Une méthode moderne		
Entretien sur la planification familiale avec le partenaire					
Jamais	85,4	10,7	3,9	100,0	1 881
1 ou 2 fois	66,8	19,6	13,6	100,0	749
Plus souvent	50,0	23,6	26,4	100,0	420
Membre d'une association					
Oui	60,9	16,8	22,2	100,0	571
Non	79,3	14,2	6,4	100,0	2 484
Le sujet travaille					
Non	78,4	14,4	7,2	100,0	2 744
Oui	52,3	17,9	29,8	100,0	302
Écoute une station chaque semaine					
Non	83,9	12,5	3,6	100,0	1 830
Oui	63,9	17,9	18,2	100,0	1 216
Lieu de résidence					
Urbain	47,5	18,0	34,5	100,0	516
Rural	81,7	14,0	4,3	100,0	2 539
Connait un centre d'information sur les méthodes modernes					
Non	95,6	4,2	0,1	100,0	711
Oui	69,9	17,9	12,2	100,0	2 344
Approuve la planification familiale					
non	91,1	6,8	2,1	100,0	968
oui	68,8	18,4	12,8	100,0	2 069

* Utilisation d'au moins une méthode de contraception à un moment quelconque de la vie de la femme

Ces résultats mettent en évidence l'importance du rôle joué par les discussions avec le partenaire et les programmes d'IEC dans la vulgarisation de la planification familiale et l'utilisation de ses méthodes. Quant à l'effet des variables relatives à l'emploi et au lieu de résidence de l'enquêté, on peut estimer qu'il reflète la prédisposition et la possibilité matérielle supérieures des femmes qui travaillent et de celles qui résident en ville à accepter les programmes

CHAPITRE 3

d'IEC, vis à vis de celles qui n'ont pas d'emploi ou qui vivent dans les zones rurales.

Bien que toutes les variables présentées aient été incluses dans notre régression logistique, le niveau d'études et la religion n'ont pas été prises en compte dans l'analyse finale parce que leurs influences sur la variable dépendante se sont avérées insignifiantes. Les facteurs de proximité tels que les discussions sur la planification familiale avec le conjoint, l'adhésion à une association, l'écoute d'une station de radio chaque semaine, la connaissance d'un centre d'informations sur les méthodes modernes et l'acceptation de la planification familiale sont les facteurs les plus importants, suivis par le lieu de résidence et la situation en matière d'emploi du sujet (tableau 4).

TABLEAU 4. RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE MONTRANT LES RATIOS POUR LES VARIABLES LIÉES À L'USAGE DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES

	Kenya		Ouganda		
	Effectif	Risques relatifs	Effectif	Risques relatifs	
Ethnie					
Kalenjin	238	0,5180**	Acholi	13	0,9567
Kamba	314	1,2180	Alur	9	0,2903
Kikuyu	783	1,0504	Ateso	24	1,6510
Kisii	194	0,4335**	Karamojong	14	1,7131
Luhya	653	0,4035***	Lugbara	40	1,6221
Luo	618	0,3131***	Madi	2	0,0019
Meru/			Muganda	599	0,8864
Embu	618	2,4010**	Mugisi	72	1,2222
Mijikenda/			Mukiga	177	0,3933***
Swahili	77	0,6131	Mukonjo	38	0,5652
Somali	4	0,4568	Munyankole	233	0,4344***
Autres	163	1,0000	Munyoro	73	1,1093
			Musoga	184	1,3440
			Mutoro	64	0,7613
			Mwanba	3	0,0104*
			Sebei	30	0,2052
			Autres	209	1,0000

PLANIFICATION FAMILIALE AU KENYA ET EN OUGANDA

TABLEAU 4 (SUITE).

Souhaite avoir plus d'enfants				
Un autre	1497	0,6508	1348	0,9798
Indécis	184	0,6129	60	0,9926
Non	1444	1,1298	322	2,0781*
Infertile	57	1,0000	54	1,0000
Entretien sur la planification familiale avec le partenaire				
Jamais	897	0,2053***	960	0,3477***
1 fois ou 2	1021	0,4744***	505	0,5257***
Plus souvent	1264	1,0000	319	1,0000
Membre d'une association				
Oui	1235	1,2462*	430	1,4631**
Non	1947	1,0000	1354	1,0000
Le sujet travaille				
Non	2728	0,4495***	1540	0,6863*
Oui	454	1,0000	244	1,0000
Écoute une station chaque semaine				
Non	741	0,6112***	857	0,7855
Oui	2441	1,0000	927	1,0000
Lieu de résidence				
Urbain	949	1,5261***	439	2,9515***
Rural	2233	1,0000	1345	1,0000
Connaît un centre d'information sur les méthodes modernes				
Non	160	0,1649***	245	0,1072**
Rural	3022	1,0000	1539	1,0000
Approuve la planification familiale				
Non	203	0,3698***	450	0,3818***
Oui	2979	1,0000	1334	1,0000

Note : * représente p inférieur à 0,05, ** représente p inférieur à 0,01, et *** représente p inférieur à 0,001.

Cette importance des facteurs de proximité est certainement dû au contact croissant avec les valeurs liées à la consommation de biens matériels modernes et au mode de vie urbain comme à la compétition intense pour accéder à un meilleur niveau scolaire et à un emploi du secteur moderne, tout spécialement dans la période économique très difficile traversée par la plupart des pays africains pendant les deux dernières décennies (Frank et McNicoll, 1987, p. 221). Ainsi, les

changements intervenus dans les systèmes de valeurs ont-ils contribué à l'augmentation du nombre de personnes ayant utilisé une méthode de contraception à un moment quelconque de leur vie, et cela davantage chez les citadines et les femmes qui travaillent que chez les femmes des zones rurales et celles qui ne travaillent pas.

L'effet de la variable ethnique indique que certains groupes culturels ont des attitudes défavorables à la pratique de méthodes contraceptives très fortes : il en est ainsi des Bagisu, Bakonjo et Sebai en Ouganda, et des Kalenjin, Kisii, Luhya et Luo au Kenya. Par contre, d'autres groupes, comme les Meru-Embu au Kenya ont adopté des attitudes qui favorisent l'acceptation de ces méthodes de planification familiale.

Le cas des Meru-Embu est révélateur de l'effet cumulatif des deux types de facteurs : socio-économique et de proximité. D'un côté, ces groupes vivent dans une région relativement prospère, de par les recettes de leur agriculture de plantation. Ils bénéficient de meilleurs soins de santé, se caractérisent par un taux de mortalité infantile plus bas que dans les autres régions du Kenya, et il est fréquent d'y rencontrer certaines femmes actives tenir *de facto* le rôle de chef de ménage, en raison de l'émigration masculine, et posséder des entreprises agricoles prospères. Ces éléments socio-économiques constituent un environnement favorable à l'acceptation et à l'utilisation des méthodes contraceptives. D'un autre côté, la région a bénéficié d'un certain nombre de petits programmes expérimentaux de planification familiale et du soutien d'organisations non gouvernementales aux plantations pour aider celles-ci à intégrer la planification familiale aux services de santé qu'elles fournissent aux employés et à leur famille (Frank et Mc Nicoll, 1987).

Il est réaliste de s'attendre à ce que les femmes qui ne désirent plus d'enfants utilisent davantage les méthodes contraceptives que celles qui désirent avoir d'autres enfants ou qui n'ont pas d'opinion affirmée sur le sujet. Cet effet du désir d'enfants sur l'utilisation de la contraception est vérifié statistiquement en Ouganda : parmi celles qui ne veulent plus d'enfants, deux fois plus de femmes ont utilisé une méthode de contraception. Bien qu'il existe une relation comparable au Kenya, les résultats ne sont cependant pas statistiquement significatifs.

Enfin, l'influence de l'écoute de la radio chaque semaine sur l'utilisation de la contraception est très significative au Kenya, contrairement à l'Ouganda. Il est fort probable que les messages des media sur la planification familiale, qui sont très développés au Kenya, aient créé des attitudes positives et aient fait de l'écoute des émissions de radio, en tant que telle, un facteur d'influence important. Par contre, en Ouganda, où les émissions sur la planification familiale ne sont pas très développées, l'écoute de la radio ne peut pas avoir d'influence significative sur la pratique contraceptive, car ce n'est pas l'écoute de la radio, en elle-même, qui peut avoir une influence positive, mais plutôt les messages que la radio transmet.

CONCLUSION

La comparaison de ces deux pays montre que les différences dans l'attention portée aux problèmes de population correspondent à des évolutions différentes de la fécondité, avec, d'une part, l'amorce d'une réduction notable et, d'autre part, une certaine stabilité. Le premier pays concerné, le Kenya a, tout comme le Botswana et le Zimbabwe, apporté les premières preuves d'une baisse significative de la fécondité en Afrique subsaharienne. Quant au second, l'Ouganda, dont les autorités accordaient un soutien timide aux programmes démographiques et n'ont adopté une politique démographique officielle qu'en 1993, son taux de fécondité est demeuré élevé et constant jusqu'au début des années 1990, alors que la proportion de femmes mariées qui ont utilisé au moins une fois une méthode contraceptive est restée beaucoup plus faible qu'au Kenya.

Néanmoins, les facteurs qui ont conduit à accroître le nombre de personnes ayant utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie sont les mêmes au Kenya et en Ouganda. Il est évident qu'une plus grande fourniture de services et des campagnes d'IEC, à travers les mass media, peuvent apporter une amélioration importante des connaissances, des attitudes et de la pratique de la planification familiale, de même qu'une communication interpersonnelle substantielle, comme celle qui existe entre les femmes et leurs partenaires, pourrait accroître l'utilisation des méthodes de contraception. Par conséquent, il est fort probable que le développement de programmes dynamiques d'IEC et de marketing social sur la planification familiale, vulgarisés par l'intermédiaire des

communautés, contribuera de façon significative à une utilisation croissante des méthodes de planification familiale dans les deux pays, et plus particulièrement en Ouganda, dans l'avenir.

Références bibliographiques

- AKU N. ET SHARIFF A., 1994, A Comparative Study of Socio-economic and Demographic Determinants of Fertility in Togo and Uganda, *International Family Planning Perspectives*, 20 (1), pp. 14-17.
- CALDWELL J.C. et CALDWELL P., 1993, « The South African Fertility Decline », *Population and Development Review*, 19 (2), pp. 225-262.
- CROSS A. R. *et al.*, 1991, « Evidence of Transition to Lower Fertility in Kenya », *International Family Planning Perspectives*, 17 (1), pp. 4-7.
- HAMMERSLOUGH C. R., 1992, « Proximity to Contraceptive Services and Fertility Transition in Rural Kenya », *International Family Planning Perspectives*, 18 (2), pp. 54-58.
- FRANK O. ET MCNICOLL G., 1987, « Fertility and Population Policy in Kenya », *Population and Development Review*, 13 (2), pp. 209-244.
- FREEDMAN R. et BLANC A. K., 1992, « Fertility Transition : An Update », *International Family Planning Perspectives*, 18 (2), pp. 44-50.
- MILLER N.N., 1972, « Kenya », in Brown H. et Sweezy A. (éds.), *Population Perspectives : 1971*, San Francisco..
- MINISTRY OF HEALTH et INSTITUTE FOR RESSOURCE DEVELOPMENT/MACRO SYSTEM INC. (IRD/MACRO), 1989, *Uganda Demographic and Health Survey 1989*, IRD/Macro, Calverton, Maryland.
- NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT (NPCD) et INSTITUTE FOR RESSOURCE DEVELOPMENT/MACRO SYSTEM INC. (IRD/MACRO), 1989, *Kenya Demographic and Health Survey 1989*, NPCD et IRD/Macro, Calverton, Maryland.
- NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT (NPCD), CENTRAL BUREAU OF STATISTICS (CBS) et MACRO

INTERNATIONAL INC. (MI), 1994, *Kenya Demographic and Health Survey 1993*, NPCD, CBS and MI, Calverton, Maryland, 278 p.

REPUBLIC OF UGANDA, 1993, *National Population Policy for Sustainable Development*, Ministry of Finance and Economic Planning, Kampala, Uganda.

SONKO S., 1994, « Fertility and Culture in Sub-Saharan Africa : A Review », *International Social Science Journal*, 141, pp. 397-411.

VALENTE T.W. *et al.*, 1994, « Radio Promotion of Family Planning in the Gambia », *International Family Planning Perspectives*, 20 (3), pp. 96-100.

WESTOFF C. F. ET RODRIQUEZ G., 1994, « The Mass Media and Family Planning in Kenya », *International Family Planning Perspectives*, 21 (1), pp. 26-31.

CHAPITRE 4

EFFETS DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE SUR LA PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE AU TOGO (1988-1994)

Kuakuvi GBENYON et Dosseh TÊTTÊKPOE

Chercheurs à l'UERE¹, Université du Bénin, Lomé

INTRODUCTION

L'analyse de la situation démo-économique du Togo, à partir des données disponibles, montre que le pays se trouve dans un contexte social qui ne lui permet plus d'ignorer les problèmes de population auxquels il se trouve confronté.

De 1960 à 1970, le Togo a connu un taux de croissance économique élevé et soutenu, de l'ordre de 7 % par an, dans un environnement politique et financier relativement stable, alors que la croissance démographique était d'environ 2,6 % par an. Par contre, à partir de 1970, l'évolution économique du pays a été marquée par une conjonction de facteurs externes (choc pétrolier en 1973, chute au début des années 1980 des cours mondiaux des principaux produits d'exportation à savoir les phosphates, le coton, le café et le cacao) et internes (risque de famine en 1977) qui ont mis le pays à rude épreuve, avec une chute du taux de croissance économique à environ 2,5 %, inférieur à la croissance démographique (Ministère du Plan,

¹ Unité d'études et de recherche sur la population et développement.

1993). Le niveau élevé de la croissance de la population dans les années 1970 (2,6 %) résultait d'une forte natalité (45 pour mille) et d'un taux de mortalité en baisse (29 pour mille en 1961 et 19 pour mille en 1971). La mortalité infantile était élevée (162 pour mille), tout comme la mortalité maternelle (plus de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). La forte fécondité (6,6 enfants par femme en moyenne) était la résultante d'une vie féconde longue, avec de nombreuses maternités tant précoces que tardives, et des naissances rapprochées.

C'est durant les années 1970 que, pour la première fois, le Président de l'Assemblée nationale, dans le discours inaugural d'une session, adoptait une position officielle favorable à la planification familiale au Togo². En 1975 fut créée une structure formelle et organisée relative à la promotion de la planification familiale, l'Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF). Deux ans plus tard, en 1977, l'État togolais mettait en place le Programme national de bien-être familial (PNBEF) qui comportait plusieurs volets notamment la nutrition, la santé maternelle et infantile/planification familiale, la maternité à moindres risques et la médecine scolaire (Ministère de la Santé Publique, 1977).

Depuis lors, la mortalité a baissé, surtout la mortalité infantile (81 pour mille en 1988), mais la fécondité est demeurée stable et la croissance démographique s'est accélérée, atteignant de nos jours 3,2 % pour un niveau de croissance économique incertain³ rendant plus que jamais nécessaire l'accroissement des efforts pour maîtriser l'aggravation des problèmes de santé, d'éducation et de chômage (Gbényon, 1996). Aussi, au fil des années, plusieurs organismes, à différents niveaux, ont-ils entrepris des actions en faveur de la santé de la reproduction⁴. Grâce aux activités de ces différents organismes, surtout à partir de 1988, des changements positifs ont été apportés dans le domaine de la promotion et de l'implantation de la

² Il n'existe pas d'indicateur fiable sur le taux de prévalence contraceptive pour cette période.

³ Le taux de croissance économique attendu pour la période 1995-98 est de 6,5 pour cent.

⁴ Ce sont principalement CARE International, INTRAH (Programme international pour la formation en matière de santé), SEATS (Programme d'expansion et de soutien technique des services de planification familiale), GTZ (Agence technique allemande), FUTURES GROUP et le FNUAP (Fonds des Nations unies pour la Population).

planification familiale au Togo (Gbényon et Têtékpoé, 1994), avec par ailleurs une disponibilité plus régulière des statistiques sur la prévalence contraceptive.

Dans ce chapitre, consacré à la planification familiale au Togo, nous examinerons, à partir de la situation de la connaissance et de la pratique des méthodes de contraception en 1988, les performances des programmes menés depuis lors. L'analyse de l'évolution de la prévalence contraceptive nous permettra de discuter des forces et faiblesse des services de planification familiale, au regard de leur disponibilité, de leur accessibilité et de leur qualité. Enfin, nous proposerons quelques grandes lignes directrices pour leur amélioration : mise en place d'un plan stratégique, redéfinition des fonctions d'information, d'éducation et de communication, et enfin attention plus grande aux besoins spécifiques des jeunes.

LES PERFORMANCES DES PROGRAMMES

Connaissance et pratique de la planification familiale en 1988

La première documentation fiable dans le domaine est fournie par l'Enquête démographique et de santé au Togo (EDST) menée en 1988⁵, dont les résultats (Agoukéné *et al.*, 1989) montrent que :

- la grande majorité des femmes enquêtées (plus de 90 %) connaissait au moins une méthode de planification familiale ;
- les méthodes les plus connues étaient surtout les méthodes traditionnelles (continence périodique, retrait, abstinence, plantes médicinales, gris-gris et autres : 84 %), la stérilisation féminine (65 %), les injectables (47 %), le stérilet (37 %) et la pilule (32 %) ;

⁵ Cette enquête a été réalisée par l'Unité de recherche démographique de l'Université du Bénin, en collaboration avec la Direction de la Statistique et la Direction générale de la Santé.

- au moment de l'enquête, 33 % des femmes utilisaient une méthode de contraception, 29,6 % une méthode traditionnelle et seulement 3,4 % une méthode moderne ;
- la plupart des femmes, environ 80 %, avaient déclaré connaître une source d'approvisionnement des méthodes contraceptives ;
- les raisons de la non-utilisation de la contraception par les femmes exposées au risque de grossesse étaient essentiellement le désir d'un enfant supplémentaire (35,4 %), le manque d'information (21,7 %), la crainte des effets secondaires (8,8 %), l'opposition à la planification familiale (8,0 %), la religion (3,0 %) et le coût élevé de la contraception (2,5 %).

Toutefois, si la plupart des femmes mariées étaient au courant des différentes méthodes de planification familiale et des sources d'approvisionnement, la situation différait significativement quand il s'agissait de l'utilisation actuelle de la contraception selon le milieu socio-économique. 10 % seulement avaient déclaré avoir utilisé au moins une fois une méthode contraceptive moderne et 3,1 % avaient déclaré en utiliser « actuellement », et la plus forte proportion d'utilisatrices s'observait chez les femmes en union du milieu rural (34,5 % contre 31,1 % à Lomé et 34,2 % dans les autres villes). Cependant, il faut noter qu'un tiers d'entre elles utilisaient presque uniquement les méthodes traditionnelles et principalement l'abstinence.

Les femmes mariées qui pratiquaient en 1988 une méthode contraceptive moderne étaient pour la plupart âgées de plus de 30 ans, avaient été scolarisées et vivaient en milieu urbain. Au niveau régional, on retrouve à peu près les mêmes tendances et les régions où l'on observait les plus fortes proportions de femmes utilisatrices sont celles où dominait une large utilisation des méthodes traditionnelles : la Région des Savanes avec 48,5 % des femmes utilisant des méthodes traditionnelles, et celle de la Kara, avec 40,9 %.

Quant aux attitudes et opinions vis-à-vis de la contraception, la grande majorité des femmes (79,2 %) était favorable à la diffusion d'informations sur l'espacement des naissances à la radio et à la télévision. Deux femmes sur trois (68,9 %) approuvaient la

contraception tandis que, selon elles, seuls 36,8 % de leurs conjoints avaient la même opinion. En outre, 62,9 % des femmes ont reconnu n'avoir jamais discuté de contraception avec leur conjoint durant l'année précédant l'enquête. Ainsi, la contraception semblait ne pas être un sujet important de discussion chez les couples togolais.

L'évolution après 1988 et le rôle essentiel de l'ATBEF

L'ATBEF occupe une place importante dans le développement de la planification familiale au Togo. Toutefois, ses statistiques sont centralisées par la Division de la Santé Familiale (DSF) qui est l'organe gouvernemental habilité à fournir les chiffres officiels sur la planification familiale. Mais avant d'en venir aux données chiffrées, décrivons brièvement cette association.

L'organe central de l'ATBEF comporte cinq divisions notamment les divisions médicale et clinique et la division information-éducation-communication (IEC). Sur le plan géographique, l'association couvre sept zones opérationnelles. Elle dispose donc de sept bureaux régionaux, d'une clinique de planification familiale à Lomé, d'un centre d'information et de conseils aux jeunes situé à Notsé à environ 100 kilomètres au nord de la capitale, de 17 clubs scolaires, de 31 « motivatrices » de terrain, qui sont des jeunes filles salariées basées dans les régions, et d'un réseau national d'environ 5 000 volontaires qui sont des personnes-ressources bénévoles, occupant diverses fonctions dans leurs milieux et acquises aux bienfaits de la planification familiale. Une évaluation de l'association en 1993 a noté que la planification des programmes n'était pas faite de façon totalement rationnelle et que les activités n'étaient pas suivies ou systématiquement évaluées (IPPF, 1993). En outre, une enquête récente auprès de 206 personnes ayant fréquenté la clinique de planification familiale à Lomé a montré que 70 % d'entre elles étaient satisfaites des services rendus, l'insatisfaction (29 %) étant attribuée à l'insuffisance du personnel, à la lenteur du traitement et aux longues attentes. Les couples et les femmes qui cherchent à avoir un premier enfant ont estimé que la clinique ne leur a pas été d'un grand secours (Mensah, 1997).

D'une manière générale, des progrès sensibles ont été réalisés depuis 1988 dans le domaine de la planification familiale au Togo, et

CHAPITRE 4

quelques statistiques pertinentes permettent d'en rendre compte. Ainsi, le nombre annuel de nouveaux « accepteurs » (dont environ 20 % proviennent de l'ATBEF), est passé de 22 479 à 39 180 entre 1988 et 1994 malgré les événements socio-politiques qu'a connus le pays en 1992-1993, tandis que le nombre total « d'accepteurs » est passé, selon les chiffres de la Division de la Santé familiale (DSF), de 39 090 en 1991 à 110 668 en 1993.

TABLEAU 1. NOMBRE D'UNITÉS DE SOINS PÉRIPHÉRIQUES (USP) ET NOMBRE DE SERVICES DE SMI/PF PAR RÉGION DE 1991 À 1994

Régions	Nombre d'USP Existant	Nombre de centres SMI/PF			
		1991	1992	1993	1994
Maritime	107	34	46	51	51
Plateaux	112	10	57	57	63
Centrale	47	4	5	8	18
Kara	88	34	34	34	38
Savanes	46	3	4	5	26
Ensemble	400	82	146	155	196

Source : Division de la santé familiale, 1994 et 1995.

En ce qui concerne la couverture géographique du pays, le nombre total de centres de prestation des services de SMI/PF a plus que doublé à l'échelle nationale en quatre ans, passant de moins de 70 centres en 1988 à 82 en 1991 et 196 en décembre 1994. Ainsi, la proportion des centres de planification familiale fonctionnels par rapport aux 400 Unités de Soins Périphériques (USP) existants est-elle passée durant la période 1988-1994 d'environ 17,5 % à 49 % (tableau 1). Les USP étant essentiellement constituées des dispensaires, les services de planification familiale sont progressivement intégrés à ces USP. Les disparités régionales très nettes en 1991 ont été en partie corrigées trois ans plus tard par la croissance du nombre de services de planification familiale dans les Régions Centrale et des Savanes, jusqu'alors défavorisées. Les Régions Maritime et de la Kara, où est déployé un projet du FNUAP, se distinguent par un nombre important de centres (85 au total sur 155 en 1993). Il faut noter également l'effort fourni d'une part par CARE International, qui a porté de 10 à 57 le nombre de centres fonctionnels dans la Région des Plateaux,

d'autre part par SEATS, qui a porté ce nombre de 5 à 26 dans la Région des Savanes.

FORCES ET FAIBLESSES DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les forces et faiblesses des programmes de planification familiale au Togo sont relatives à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des services fournis.

Disponibilité et accessibilité des services de planification familiale

Il convient d'abord de rappeler qu'un programme de planification familiale ne peut être réalisé avec succès que s'il met les services de contraception à la portée de la population, et ce aussi bien en termes d'éloignement que de coût, de commodité et de qualité. À cet égard, le pays est couvert par 31 « motivatrices » de terrain de l'ATBEF qui ont pour attributions la sensibilisation de la population à travers des causeries et des visites à domicile, la distribution des contraceptifs non médicaux et l'orientation des demandeurs de services médicaux.

De ce fait, le taux de prévalence contraceptive moderne, évalué en 1988 à 3,4 % pour l'ensemble du pays (Unité de recherche démographique, 1989), était de 5 % en 1991 et de 8,1 % en 1994, en considérant l'ensemble des méthodes offertes par les centres SMI/PF, la clinique de l'ATBEF, les distributions à base communautaire des volontaires de planification familiale (VPF) et le marketing social des contraceptifs du projet SOMARC (DIU, injectables, pilules, condoms et spermicides) (tableau 2)⁶. Cette estimation ne prend pas en compte les activités du secteur privé par faute d'un système approprié de collecte.

⁶ Parmi les méthodes offertes, le Noristérat (injectable) est le contraceptif le plus utilisé dans le pays. En 1994, 61 289 ampoules ont été distribuées contre 40 999 plaquettes de pilules, 5 783 DIU, 4 548 343 condoms, 671 811 Conceptrol et 5 829 autres spermicides (DSF, 1995).

CHAPITRE 4

Il en est de même, avant 1994, des données du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). En 1994, il a distribué gratuitement 32 909 préservatifs et en a vendus 251 886 sur une base communautaire (DSF, 1995); la distribution et la vente à base communautaire se font au cours des séances de sensibilisation, des séminaires, des conférences-débats, des ateliers et des émissions radiophoniques. La vente se fait par les Directions Régionales de Santé, les Organisations Non Gouvernementales, les associations, les tenanciers de bars, les éducatrices dans les maisons closes et les points de ventes installés à travers l'ensemble du pays.

TABLEAU 2. ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE (EN %) PAR RÉGION DE 1991 À 1994 (TOUTES MÉTHODES CONFONDUES)

Régions	1991	1992	1994
Maritime	5,6	8,0	6,1
Plateaux	2,7	6,4	8,0
Centrale	4,2	7,0	6,6
Kara	4,9	7,0	5,8
Savanes	2,0	3,0	5,0
Ensemble	5,0	7,0	8,1

Source : DSF (1994 ; 1995)

A la fin de 1993, le taux de prévalence contraceptive établi pour les seules méthodes contraceptives médicales (DIU, injectables et pilules) était en moyenne de 3 % pour l'ensemble du pays avec des valeurs relativement plus faibles pour les Régions Centrale (1,4 %) et des Savanes (0,6 %) (tableau 3). Il est important de signaler que ces taux de prévalence des méthodes médicales sont calculés uniquement sur la base des méthodes offertes par le personnel médical des centres de SMI/PF. Ces taux sont encore modestes, mais, au regard des difficultés à faire accepter les méthodes modernes de contraception aux populations, ils demeurent encourageants.

Dans le domaine de l'accessibilité des centres de planification familiale aux populations, des efforts ont été faits pour multiplier le nombre de centres mis à la disposition de la population (tableau 1). On a ainsi pour l'année 1994, la répartition régionale suivante du nombre des femmes de 15-49 ans par centre : Région Maritime, 6 000 ; Région de la Kara, 3 000 ; Région des Plateaux, 3 000 ; Région

LA PLANIFICATION FAMILIALE AU TOGO

Centrale, 10 356 ; Région des Savanes, 19 467. Pour l'ensemble du pays, la moyenne se situe à 5 000 femmes en âge de procréer par service de planification familiale.

TABLEAU 3. PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE (MÉTHODES MÉDICALES SEULEMENT) PAR RÉGION EN 1991 ET 1993

Régions	Prévalence (en %)	
	1991	1993
Maritime	2.1	3.8
Plateaux	1.0	2.1
Centrale	1.0	1.4
Kara	2.5	3.5
Savanes	0.5	0.6
Ensemble	1.5	3.0

Source : DSF (1994).

Une solution à l'éloignement des centres de planification familiale est la distribution à base communautaire (DBC) et le marketing social. Ainsi, la DBC est-elle réalisée par l'ATBEF à travers quatre cases de santé dans la Région des Plateaux, six groupements socio-économiques dans les régions suivantes : Savanes (1 groupement), Kara (2), Plateaux (2), Maritime (1), et enfin trente et une « motivatrices » de terrain, dont au moins une par préfecture. D'autre part, l'organisation non gouvernementale CARE International utilise cent volontaires de planification familiale (VPF) dans la Région des Plateaux. Cent autres VPF étaient prévus par l'ATBEF pour être opérationnels à partir de 1994 dans les Régions Maritime, Centrale et de la Kara. Le marketing social des contraceptifs est également mis à contribution, mais pour les préservatifs seulement.

La qualité des services

Six éléments contribuent à assurer la qualité des services de planification familiale (Wollast *et al.*, 1993) : le choix des méthodes, l'information sur les méthodes, la compétence technique, les relations individuelles (entre le personnel et les patients), les mécanismes d'encouragement à la continuation de la contraception, la configuration des services.

Essayons d'approcher la réalité togolaise sur la base de ces six éléments. Pour ce qui est du choix des méthodes mises à la disposition des populations togolaises, leur variété est plutôt limitée. Le norplant et la contraception chirurgicale volontaire, ou stérilisation des hommes et des femmes, font pratiquement défaut dans les centres de planification familiale. Ensuite, l'information sur les méthodes disponibles, leur utilisation, leurs effets secondaires éventuels, ne semble pas toujours être réelle, fournie et adéquate. Dans son « Rapport d'Évaluation du Programme de Formation du FNUAP-TOGO » de décembre 1993, INTRAH note chez les prestataires de « grandes faiblesses... dans la présentation des méthodes contraceptives, et dans pratiquement tous les vingt centres visités, l'inexistence de matériel d'IEC » (INTRAH, 1993). Pour ce qui est de la compétence technique, le rapport précité note de grandes faiblesses dans le domaine aussi bien de l'IEC que des prestations de services : examens physique et gynécologique insuffisants, prises de décisions mal appropriées, informations insuffisantes sur le DIU, etc. Le rapport n'est pas plus encourageant dans le domaine des relations entre personnel et patient et recommande vivement l'amélioration du contenu de la formation en communication, surtout en matière de *counselling* et de causerie.

Quant aux mécanismes d'encouragement à la continuation de la contraception, les campagnes médiatiques sont plutôt rares. Les visites à domicile sont actuellement faites seulement par les trente et une « motivatrices » de terrain dont la compétence ne va pas au-delà des méthodes non médicales. Des rendez-vous sont donnés mais le suivi de la clientèle est loin d'être rationnellement organisé et mis en œuvre. Il n'existe pas un mécanisme de recherche active des perdus de vue.

Enfin, en ce qui concerne la configuration des services, la commodité et l'acceptabilité des services pour la clientèle ne sont pas souvent garanties pour les raisons suivantes : choix restreint de méthodes ; information déficiente sur les méthodes, leur utilisation et leurs effets secondaires ; manque de compétences techniques des prestataires, de matériel d'IEC, de respect de l'intimité et de discrétion ; et, enfin, manque de suivi.

C'est dire que les efforts entrepris dans le sens de la qualité des services doivent être poursuivis avec acharnement car la satisfaction donnée par un service de haute qualité est un des principaux facteurs d'accroissement de la prévalence contraceptive. Une expérimentation

en ce sens se fait dans neuf centres de planification familiale à Lomé, capitale du pays. Une extension de cette expérience est en cours dans 60 centres dans 3 autres régions du pays.

LES COMPOSANTES SPÉCIFIQUES DES PROGRAMMES

Parmi les principales composantes des programmes de planification familiale, nous avons retenu, dans le cadre de cet article, celles qui posent le plus de problème, à savoir l'IEC et les prestations de services⁷.

Information, Éducation, Communication (IEC)

Il n'existe pas de stratégie nationale d'IEC au Togo. Au niveau de l'ATBEF, la stratégie, qui a été élaborée sans assistance extérieure en 1987-1988, a identifié les groupes cibles, les objectifs, les messages et le canal de communication pour chaque groupe. Mais, elle n'a jamais été officiellement présentée aux autres partenaires pour adoption. Elle consiste en une approche de sensibilisation multiforme à travers les volontaires de santé communautaire (substitués aux « motivatrices » de terrains dont les coûts salariaux devenaient un poids pour l'association), les persuadeurs de village (Gbényon, 1988)⁸, les visites à domicile, les réunions publiques, les journées de réflexion, les affiches publicitaires, les vidéocassettes, les sketches, les causeries éducatives, le *counselling*, les cercles d'étude en éducation à la vie familiale dans les lycées et collèges et la promotion de la communication interpersonnelle entre les jeunes.

En outre, on note une carence remarquable dans le domaine de l'utilisation de la radio, de la télévision et des journaux pour promouvoir la planification familiale. Il faut donc penser à des

⁷ Les autres composantes sont la formation, le cadre institutionnel et le développement des ressources.

⁸ Le Persuadeur de Village (ou en langue ouatchi « Du Nku », l'Oeil du peuple) est un habitant du village qui, de par sa probité morale et intellectuelle, est un modèle, une référence sociale et l'incarnation des valeurs de la société. Son rôle est de véhiculer des messages de développement et d'en persuader les autres habitants du village.

campagnes utilisant plusieurs types de média et ne pas oublier que l'expérience a montré, d'une part, que la radio est plus efficace pour les zones rurales, et d'autre part, que les messages sont plus efficaces s'ils sont émis de façon continue.

Les prestations de services

Beaucoup d'efforts ont été entrepris dans le domaine de la couverture du pays, de l'extension et de la qualité des services. Le document « Politique et standard des services de planification familiale » adopté par le ministère de la Santé et de la Population en mai 1992 a ouvert l'éventail des prestataires et des centres de prestation, rendant les services plus proches des demandeurs. De ce fait, les infirmiers d'État sont autorisés à fournir les méthodes non médicales, hormonales et les stérilets ; les agents de promotion sociale, d'hygiène, de santé communautaire et les accoucheuses traditionnelles peuvent fournir les méthodes non médicales et les contraceptifs oraux après une formation adéquate. Ainsi est utilisé un type de personnel généralement bien réparti sur tout le pays.

En outre, le ministère de la Santé, à travers les actions de la Division de la Santé familiale, veille à ce que toutes les structures du système national de soins de santé et les systèmes apparentés puissent disposer d'un personnel qualifié, d'équipements adéquats, d'un stock permanent de fournitures, contraceptifs et médicaments nécessaires à la fois à la prestation des services de planification familiale et aux traitements des maladies sexuellement transmissibles, du sida, de l'infécondité et de la stérilité. L'offre des services est assurée par 2 centres hospitalo-universitaires de référence du pays (CHU), 5 centres hospitaliers régionaux (CHR), 31 hôpitaux préfectoraux et secondaires, 28 centres médico-sociaux (CMS) et les 400 unités de soins périphériques (USP). À côté de ce système hiérarchisé de soins, il faut relever le secteur privé (hôpitaux privés, polycliniques, cabinets médicaux privés), les formations sanitaires des confessions religieuses, de la caisse nationale de sécurité sociale et les centres médicaux des garnisons. Au total le pays dispose de 698 infrastructures de soins, dont 460 publiques, 27 confessionnelles, 115 privées et 96 communautaires.

Dans le souci de l'accessibilité temporelle, presque tous les centres de planification familiale offrent des services tous les jours.

Cependant, les six éléments devant concourir à la qualité des services comportent certaines faiblesses, comme nous l'avons signalé. Ces carences jouent donc de façon négative contre l'augmentation du taux de prévalence contraceptive qui, de ce fait, reste faible : 8,1 % en 1994.

Il s'explique également en grande partie par la persistance des traditions et des pratiques natalistes (Têtékpoé, 1988) auxquelles s'ajoutent la qualité et l'efficacité insuffisantes de la plupart des services existants, leur portée encore limitée, leur accès difficile, leur manque de commodité, la pénurie de personnel qualifié et motivé et, souvent, l'absence de services capables de répondre aux besoins des groupes spécifiques, les jeunes par exemple. Dès lors, une amélioration des programmes s'impose.

POUR L'AMÉLIORATION DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les programmes en cours ont contribué à promouvoir et renforcer le rôle de la planification familiale au Togo. Cependant, les efforts n'ont pas été suffisamment ciblés et leur impact reste limité. De nombreux défis demeurent difficiles à relever : il faut combler le fossé entre la connaissance de la planification familiale et le faible taux de pratique contraceptive, améliorer l'accessibilité et étendre les services de qualité dans les zones rurales défavorisées et les zones péri-urbaines afin d'assurer la couverture de l'ensemble du pays et surtout toucher davantage les adolescents. Il est possible, dans cette perspective, de mettre en place un plan stratégique, donner une nouvelle mission à l'IEC et répondre aux besoins des jeunes comme nous allons le voir.

La mise en place d'un plan stratégique

Vu les défis à relever au Togo, la planification familiale, dont la mission est « de donner aux couples et aux individus, la possibilité de décider de façon libre et responsable de la taille de leur famille et de l'espacement entre les naissances » (Ministère de la Santé et de la Population, 1992, p. 6) devrait être dotée d'un plan stratégique de trois

à cinq ans. L'objet de la planification stratégique serait de préciser les priorités qui permettraient de répondre à des buts définis de manière la plus efficace possible. Dans cette optique, nous pouvons suggérer les objectifs stratégiques suivants dans les domaines de la prestation des services, de l'IEC, du développement des ressources et du cadre institutionnel :

- pour les prestations de services : améliorer et étendre des services de planification familiale de qualité et mettre en place des systèmes de prestation de services appropriés et répondant aux besoins de toutes les couches en âge de procréer ;
- pour l'information, l'éducation et la communication : accroître et appuyer l'utilisation des services de planification familiale parmi les populations cibles spécifiques grâce à l'élaboration et à la diversification des stratégies et des programmes d'IEC ;
- pour le développement des ressources : accroître et diversifier les sources de financement pour faire face à tous les niveaux de besoins ;
- pour le renforcement institutionnel : renforcer globalement les capacités de planification et de gestion ; améliorer le niveau de compétence et d'efficacité du personnel et l'ensemble des systèmes et procédures de financement et de prestations de services.

L'attribution d'une nouvelle mission à l'IEC : faire la promotion des services de planification familiale

Nous avons noté précédemment un taux d'utilisation des contraceptifs très bas (8,1 %) qui contraste avec la connaissance élevée de la planification familiale (80 à 90 %). Ainsi, les gens savent ce qu'il faut faire mais ne le font pas nécessairement. Cela montre seulement que la connaissance est une base nécessaire mais insuffisante pour passer à l'action.

Il faut donc cesser de promouvoir le concept de planification familiale, car la promotion de l'idée et de la valeur de la planification familiale fait peu pour déterminer les gens à l'action. Si la publicité

améliore les relations publiques, elle n'encourage pas les individus. Le succès de la planification familiale dépend essentiellement de sa pratique. Quelles devraient être alors les nouvelles orientations de l'IEC pour augmenter la pratique de la planification familiale ?

Tout d'abord, il faudrait faire la promotion des services de planification familiale en utilisant les mass-média et d'autres média plus communautaires. Il s'agirait d'aborder le problème de la peur des individus des effets secondaires des méthodes pour les inciter à visiter les lieux de services pour plus de clarification ; de donner des informations claires et précises sur l'utilisation des méthodes ; de faire la promotion des lieux et services, en les présentant comme des endroits de conseil, et de faire la promotion de la qualité des services, de leur prix et de leur facilité d'accès ; et, enfin, de rappeler aux populations que la planification familiale est nécessaire et bénéfique.

Il serait ensuite nécessaire de demander et d'obtenir le soutien de la communauté pour les services. Enfin, il faut s'assurer de la satisfaction des client(e)s : d'une part, en formant le personnel, pour qu'il sache établir une communication interpersonnelle et des relations effectives avec les client(e)s, pour expliquer l'utilisation des méthodes spécifiques et pour répondre aux questions sur la peur et les préoccupations des client(e)s. Ce qui n'est pas actuellement le cas ; d'autre part, en partageant avec les client(e)s des messages simples (littérature, image, prospectus, etc.) sur les méthodes choisies.

Répondre aux besoins des jeunes

La question de la fécondité des adolescents et des jeunes est capitale puisque ceux qui sont âgés de 10 à 24 ans représentent presque le tiers de la population togolaise. En effet, les jeunes, surtout les filles, sont confrontés à divers problèmes liés à la sexualité et à la reproduction. Ainsi 13 % des jeunes filles de 15 à 19 ans sont enceintes ou ont déjà un enfant ; 74 % des jeunes filles enceintes non mariées ont eu une grossesse non désirée contre 31 % pour les jeunes filles enceintes mariées ; 74 % connaissent une méthode moderne de planification familiale mais seulement 8 % d'entre elles l'utilisent ; 15 % de celles qui sont sexuellement actives se contentent des méthodes traditionnelles de planification familiale, proportion qui

atteint 38 % des filles non mariées du même âge (Population Reference Bureau, 1994).

Malgré cette situation dramatique, les adolescents n'ont presque pas accès à des informations fiables sur la santé de la reproduction et aux services de planification familiale. L'utilisation des services de SMI/PF par les jeunes reste inférieure à 1 % (Bocoum, 1996). Ceci s'explique en partie par l'absence de structures et de services adaptés à leur groupe et par l'insuffisance des activités d'IEC. Aussi, les jeunes obtiennent-ils surtout les informations sur la sexualité par leurs amis. Bien qu'un service chargé de la santé des jeunes et des adolescents ait été créé en mai 1996 au sein de la Division de la Santé familiale par le ministère de la Santé, on observe 40 % de besoins non satisfaits parmi les jeunes femmes mariées de 15 à 19 ans (Population Reference Bureau, 1994).

Satisfaire les besoins des jeunes améliorerait non seulement le taux de prévalence contraceptive mais apporterait surtout des améliorations sensibles aux problèmes des déperditions scolaires, des avortements provoqués et des décès maternels et infantiles précoces. Il faut donc sans tarder concevoir pour les jeunes des programmes dont les orientations principales seraient la fourniture de services intégrés spécifiques et d'une éducation appropriée à la vie familiale et à la sexualité. Une telle option, bien qu'elle ait été décidée depuis 1975 en vue de son intégration généralisée à tous les programmes scolaires au plus tard en 1980, est toujours restée à l'état expérimental, vingt ans après, pour des raisons difficiles à comprendre.

CONCLUSION

Le bilan des programmes de planification familiale au Togo a montré que ceux en cours depuis quelques années ont largement contribué à la promotion et à l'implantation de la planification familiale dont le concept paraît de moins en moins étranger à la population. Ainsi, la couverture géographique du pays s'est-elle accrue de moins de 70 centres de SMI/PF en 1988 à 196 centres en 1994. Cependant l'écart entre la connaissance et la pratique contraceptive demeure important. De ce fait, beaucoup de chemin reste à faire et il conviendrait de corriger les insuffisances des programmes en cours. Pour réussir, ceux-ci doivent rendre les

services de plus en plus accessibles, adapter leurs stratégies aux différents types de clients, multiplier les types de méthodes proposées et poursuivre la formation et le recyclage des prestataires.

L'accent devrait être mis au Togo sur trois points principaux. Il faudrait tout d'abord faire une promotion des services de planification familiale. Le concept étant maintenant largement connu, il faut cesser de dépenser d'importantes sommes d'argent pour dire aux gens pourquoi la planification familiale est une bonne chose et les persuader qu'elle les rendra plus heureux. Il est temps d'axer les actions sur la promotion et le marketing des services eux-mêmes (informations sur l'utilisation des méthodes, promotion des lieux et de la qualité des services, etc.) et sur l'amélioration de la dimension des services d'IEC (étude de marché, amélioration de l'aspect des centres de service, ...).

Il faudrait ensuite faire du groupe cible des jeunes une priorité. Il s'agirait de mettre à leur disposition des centres de prestation de services et leur offrir, dans le système formel comme informel, une éducation à la vie familiale intégrant l'éducation sexuelle. Enfin, il faudrait mettre en place une planification stratégique de trois à cinq ans avec comme buts principaux les prestations de services, l'IEC, le renforcement institutionnel et le développement des ressources.

Références bibliographiques

- AGOUNKE A, ASSOGBA M. et ANIPAH K, 1989, *Enquête démographique et de santé au Togo 1988*, URD-Direction de la Statistique-Direction Générale de la Santé-IRD, 169 p.
- BOCOUM S., 1996, *Domaine de la santé de la reproduction : contribution au rapport final de l'Examen des Programmes et Elaboration de Stratégie en matière de population*, FNUAP, Lomé, 46 p.
- DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE, 1994, *Bilan des activités de PF au Togo 1993*, Lomé, 33 p.
- DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE, 1995, *Rapport statistique des activités de planification familiale au Togo*, Lomé, Juillet 1995, 14 p. + annexes.
- FNUAP, 1996, *Rapport d'analyse des programmes et élaboration de stratégie*, FNUAP, 1996, Lomé, 74 p.
- GBENYON K., 1988, *Les Persuadeurs de Village : méthodologie d'identification*, Lomé, 12 p. multigr. + annexes.
- GBENYON K., 1992, *Evaluation du Centre d'Information et de Conseil des jeunes (CICJ) de Notsé*, ATBEF, Lomé, 36 p. + annexes.
- GBENYON K. et TETTEKPOE D., 1994, *Programmes de PF au Togo et Projet FNUAP TOG/89/P01: Rapport d'Évaluation*, FNUAP, Lomé, 84 p.
- GBENYON K., 1996, *Dynamique de population et politique démographique au Togo : stratégie de population et développement (1997-2001)*, FNUAP, Lomé, 56 p.
- INTRAH, 1993, *Évaluation du programme de formation FNUAP/DSF*, FNUAP, Lomé.
- IPPF, 1993, *Evaluation de l'ATBEF : résumé analytique*, ATBEF, Lomé, 27 p. + annexes.
- MENSAH S., 1997, *Aspects économiques de la contribution de l'ATBEF au programme de planification familiale au Togo*, Mémoire de maîtrise, version préliminaire, FASEG/Université du Bénin, Lomé, 76 p.
- MINISTERE DU PLAN, 1993, *Rapport national sur la population togolaise*, Unité de Planification de la Population, Lomé, 47 p.

- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION, 1992, *Politique et Standards des services de Planification Familiale*, Lomé, 33 p.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 1977, *Programme National de Bien-Être Familial*, Division de la Mère et de l'Enfant, Lomé.
- POPULATION REFERENCE BUREAU, 1994, *Jeunesse du monde 1994 : la santé de la reproduction en exergue*, The Center for Population Options, Washington.
- TÈTTÈKPOE D., 1988, *Environnement socio-culturel et planification familiale en Afrique*, in "Colloque sur Information, Éducation, Communication et Planification en Afrique : Document de Base", Union pour l'Etude de la Population Africaine, Dakar, 30 octobre-4 novembre 1988, pp. 182-212.
- UNITE DE PLANIFICATION DE LA POPULATION, 1996, *Diagnostic de la situation démo-économique : document de base*, Direction Générale du Plan et du Développement, Lomé, 59 p.
- WOLLAST E. et al., 1993, *Pratique et gestion de la Planification Familiale dans les pays en voie de développement*, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles.

CHAPITRE 5

UNE EXPÉRIENCE PILOTE DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA RÉGION D'ABOISSO (CÔTE D'IVOIRE)

KOFFI N'Guessan,
Chercheur à l'ENSEA ¹

Lazare SIKA
Statisticien à l'INS ²

et

Amoakon ANOH
chercheur au Centre IRD ³ de Petit-Bassam, membre de l'ETS ⁴

INTRODUCTION

En décembre 1991, la Côte d'Ivoire signe avec le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), un « document projet » pour mettre en place un programme pilote de planification familiale dans la région d'Aboisso. Son objectif est de rendre accessibles et disponibles des services de régulation des naissances de qualité pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant et maîtriser la croissance de la population. Ce programme de planification familiale, fondé sur

¹ École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée, Abidjan, Côte d'Ivoire.

² Institut national de la statistique, Côte d'Ivoire.

³ Institut de recherche pour le développement, France.

⁴ Équipe de recherche « Transition de la fécondité et santé de la reproduction ».

l'offre de moyens modernes de contraception, est assorti d'un volet information, éducation et communication (IEC), et la stratégie adoptée repose sur l'intégration de l'activité de planification familiale à celle relative à la santé maternelle et infantile. La signature de ce document illustre le changement récent d'orientation de la Côte d'Ivoire sur la question démographique.

En effet, le gouvernement ivoirien avait gardé une attitude de « laisser-faire » en matière de fécondité jusqu'au début des années 1990. Il invoquait, pour soutenir cette position, la faiblesse de la densité de la population. Cependant le pays, confronté à la récession économique dès le début des années 1980, a été soumis à un programme d'ajustement structurel qui visait, entre autres, à renforcer la valorisation des ressources humaines. Ainsi a été adoptée, en juillet 1991, la « Déclaration de Politique de Développement des Ressources Humaines », qui instaure un cadre de référence et annonce le début de l'engagement de l'État en faveur d'une politique de santé de la reproduction et de planification familiale (Zanou, 1995). Il s'est trouvé confirmé en 1997 par l'adoption par le Gouvernement d'une « Déclaration de Politique Nationale de Population » (République de Côte d'Ivoire, 1997).

Avant la mise en place du projet pilote d'Aboisso, des activités de planification familiale existaient cependant dans le pays, notamment en milieu urbain, mais elles étaient développées par des organisations non gouvernementales (ONG), en particulier l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF). Créée en 1979, elle s'était donnée comme but « de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile par le biais de l'espacement des naissances » (Bamsié et Kouamé, 1992). Ses premières cliniques ont été ouvertes en 1986 ; outre les prestations de services de planification familiale, l'AIBEF a organisé des séminaires pour sensibiliser les parlementaires et les leaders politiques et administratifs. A côté de cette ONG nationale pionnière, la Mouvement pour la promotion de la vie familiale (PROVIFA) tente de promouvoir les méthodes dites naturelles. Un organisme américain, Population services international (PSI), contribue à cet effort de diffusion de la contraception en assurant le marketing social des contraceptifs. Par ailleurs, d'autres acteurs privés, tels que les pharmaciens, les petits commerçants et des tradipraticiens, fournissent, dans le cadre de leurs activités commerciales, des moyens contraceptifs à la population.

L'implication des institutions étatiques devrait permettre maintenant la mise en place effective d'une large diffusion des méthodes contraceptives modernes dans les communautés ivoiriennes urbaines, mais aussi rurales moins réceptives à la réduction de la fécondité parce que les descendance nombreuses y posent moins de problèmes et fournissent au contraire la main-d'œuvre nécessaire aux activités agricoles. Dans cette perspective, ce chapitre, s'appuyant sur des enquêtes quantitative et qualitative, analyse les obstacles auxquels se heurte l'exécution du programme pilote de planification familiale dans la région d'Aboisso, tout en émettant quelques recommandations pour pallier ces obstacles, valables pour la zone étudiée comme pour l'ensemble du pays.

LE PROGRAMME D'ABOISSO

Mis en œuvre vers la fin de l'année 1992, le projet pilote d'Aboisso se situe par conséquent dans le cadre du changement de politique du gouvernement ivoirien en matière de maîtrise de la croissance démographique du pays. Dans sa première phase, le programme a été implanté dans cinq formations sanitaires : deux dans les hôpitaux des villes d'Aboisso et d'Ayamé et trois dans les centres de santé rurale des villages de Bianouan, Kétésso et Yaou. L'ensemble des formations sanitaires d'Ayamé, sous-préfecture ayant le plus fort taux d'accroissement démographique de la zone, se trouvait ainsi couvert. La mise en place du programme s'est poursuivie depuis lors, et les services de planification familiale, prévus sur la totalité des 40 formations sanitaires de la région dans le projet, avaient déjà été installés dans 31 d'entre elles à la fin de l'année 1997.

Le développement des programmes de planification familiale en Côte d'Ivoire en général et dans la région d'Aboisso en particulier soulève des difficultés qui relèvent aussi bien de la demande des populations que de l'offre des services. En effet, s'il reste entendu qu'une proportion notable de la population exprime un besoin réel de planification familiale, il n'en demeure pas moins vrai qu'un profond sentiment pro-nataliste anime encore l'essentiel des hommes et des femmes. Pour nous persuader de cette réalité, il est nécessaire d'examiner le niveau actuel de la fécondité et du nombre d'enfants souhaités.

L'enquête démographique et de santé réalisée en 1994 montre que, malgré une baisse récente, le niveau de la fécondité du pays demeure encore élevé. L'indice synthétique de fécondité est passée de 7,2 enfants par femme en 1980-1981 à 5,7 en 1994. Dans toutes les grandes régions du pays, cette fécondité est restée forte : entre 4,1 enfants par femme pour Abidjan et 6,6 dans la Savane rurale. Le nombre idéal d'enfants, 5,5 enfants pour les femmes et 6 enfants pour les hommes, se situe également à un niveau élevé. Si l'on considère les seuls individus en début de vie féconde, l'espoir d'une descendance relativement élevée demeure : 4,9 enfants chez les femmes âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête et 5,2 enfants pour les hommes de 25-29 ans. Ces données traduisent une opinion des hommes et des femmes favorable à des familles de grande taille, opinion qui correspond à des modèles culturels où la forte fécondité a une grande valeur sociale et symbolique. En outre, le recours à la contraception moderne demeure faible malgré sa hausse récente. La prévalence contraceptive chez les femmes en union est passée de 3 % à 11 % entre 1980-1981, date de l'enquête ivoirienne de fécondité (EIF), et 1994, lors de l'enquête démographique et de santé de Côte d'Ivoire (EDSCI), alors que l'utilisation des méthodes modernes a augmenté de moins de 1 % à 4 %.

Ce contexte, resté pro-nataliste, appelle un effort soutenu dans l'offre des services de planification familiale, qui devrait, d'une part, satisfaire les besoins des femmes exprimant un besoin réel de contraception moderne et fidéliser les acceptrices, d'autre part, persuader les autres femmes d'adopter des méthodes de planification. Pour analyser les obstacles relevant de ces différents points, nous avons articulé les données d'une enquête quantitative réalisée en août 1993, peu après le démarrage du programme, à celles d'une opération de nature plus qualitative effectuée en janvier 1995, soit trois ans après le début du programme.

L'enquête de 1993 a couvert les localités dans lesquelles avaient été implantées les cinq premiers services de planification. En plus, une localité, Eboué, où aucune action n'avait encore été initiée, a été intégrée à l'échantillon pour servir de point de comparaison. Au total, 1 786 ménages, regroupant 1 257 couples, 249 hommes seuls et 293 femmes seules ont été enquêtés. Une fiche collective et quatre questionnaires individuels ont été utilisés pour la collecte des données. Les questionnaires individuels étaient destinés aux femmes en âge de procréer, aux hommes chefs de ménage, aux utilisatrices de méthodes

PLANIFICATION FAMILIALE EN CÔTE D'IVOIRE

contraceptives et aux agents des services de santé. L'ensemble des questionnaires a permis de réunir des informations sur les caractéristiques des membres des ménages, les comportements reproductifs des hommes et des femmes d'âge fécond, et plus spécifiquement les connaissances, opinions, pratiques contraceptives de chacun, ainsi que sur les activités dans les services de planification familiale.

L'observation qualitative, effectuée en janvier 1995, a privilégié le milieu rural parce que l'acceptation des méthodes modernes y pose davantage de problèmes. Elle s'est déroulée dans six localités : trois villages où des services ont été implantés dès le début (Bianouan, Kétesso, Yaou), la ville d'Ayamé, de faible taille et présentant de nombreux traits la rapprochant du milieu rural, et deux villages où le programme était plus récent (Krindjabo et Maféré). Cette observation visait, outre les prestataires de services de planification familiale, trois catégories de clientes des centres : les utilisatrices actuelles des méthodes, les femmes « perdues de vue » et celles ayant abandonné une méthode. Un échantillon représentatif des trois catégories de clientes a été établi à partir des fiches de « Consultation de planification familiale » disponibles dans les centres de santé (tableau 1).

TABLEAU 1. NOMBRE D'UTILISATRICES ACTUELLES, D'ABANDONS ET DE FEMMES PERDUES DE VUE ENREGISTRÉES LORS DE L'ENQUÊTE DE 1995 SELON L'UNITÉ DE PEUPLEMENT

Localité	Utilisatrices actuelles		Abandons		Perdus de vue		Ensemble	
	O.	E.	O.	E.	O.	E.	O.	E.
Ayamé	101	11	1	3	16	9	118	23
Bianouan	76	14	11	11	11	6	98	31
Kétesso	76	10	21	16	37	14	134	40
Krindjabo	47	5	5	4	29	15	81	24
Maféré	60	9	13	6	6	4	79	19
Yaou	99	13	10	15	37	19	146	47
Ensemble	459	62	61	55	136	67	656	184

Source : Enquête ENSEA 1995

O. : nombre de clientes enregistrées ; E. : nombre de personnes enquêtées

Au total, c'est un peu plus du dixième des utilisatrices actuelles, presque la totalité des femmes ayant abandonné une méthode et la moitié des femmes perdues de vue qui ont été interviewées. Ces entretiens, appuyés sur un questionnaire distinct pour chaque catégorie de femmes, ont été menés dans les centres de santé, en raison de la confidentialité possible dans ces lieux, et les rendez-vous ont été organisés par les sages-femmes. Les femmes se sont généralement prêtées à nos questions. Toutefois, deux difficultés méritent d'être soulignées. Elles concernent les femmes ayant abandonné une méthode : quelques-unes étaient difficiles à trouver et d'autres manifestaient des réticences parce qu'elles se sentaient coupables de « trahison » vis-à-vis des agents de santé. Quant aux prestataires de services, 5 infirmiers et 9 sages-femmes ont été soumis à un questionnaire spécifique.

UN CONTEXTE SOCIO-CULTUREL ENCORE PRO-NATALISTE

Un nombre moyen d'enfants élevé

C'est le nombre moyen d'enfants nés vivants qui nous sert ici à mesurer l'intensité de la fécondité des femmes et des hommes. Cet indicateur est bien entendu lié à l'âge. Ainsi, à moins de 20 ans, une femme a déjà eu en moyenne près de 0,4 enfant et à la fin de sa vie féconde, à 45-49 ans, 6,6 enfants, en passant par 5,2 enfants à 35-39 ans, âges auxquels les femmes qui ne sont pas stériles ont déjà eu au moins un enfant (tableau 2). Le milieu rural se distingue du milieu urbain avec des parités moyennes selon l'âge un peu plus élevées. Le nombre moyen d'enfants nés vivants en milieu rural s'établit à 0,5 enfant à 15-19 ans, à près de 5,8 à 35-39 ans et à 7,2 enfants à 45-49 ans. Il s'écarte de celui du milieu urbain de 0,3 enfant à moins de 25 ans et de 1 enfant environ au delà de cet âge, si l'on excepte le groupe 40-44 ans où la descendance moyenne est manifestement surestimée en milieu urbain. En ce qui concerne les hommes, le nombre moyen d'enfants selon l'âge atteint est supérieur à celui des femmes. Il est de 1,7 enfant à moins de 30 ans, 6,8 enfants pour ceux qui sont âgés de 40-49 ans et de 11,7 enfants à 60 ans et plus.

PLANIFICATION FAMILIALE EN CÔTE D'IVOIRE

TABLEAU 2. NOMBRE MOYEN D'ENFANTS PAR FEMME SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE À ABOISSO EN 1993

Groupe d'âges	Milieu		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	0,24	0,54	0,35
20-24	1,12	1,42	1,24
25-29	2,39	3,12	2,70
30-34	3,51	4,62	4,02
35-39	4,72	6,77	5,23
40-44	6,46	6,29	6,37
45-49	6,16	7,15	6,64
Effectif	1 091	811	1 902

Source : Koffi *et al.*, 1994.

Les facteurs de la forte fécondité

Le mariage, cadre où se constitue l'essentiel de la descendance, demeure précoce et généralisé. Les femmes se marient en moyenne autour de 18 ans, âge qui équivaut pratiquement à celui de l'ensemble du pays où il s'élevait à 17,8 ans en 1980 et à 18,1 ans en 1994 (âge médian des femmes âgées de 25-49 ans) (tableau 3). Cette précocité du mariage se vérifie dans la répartition par état matrimonial, caractérisée par une prépondérance des femmes mariées qui représentent 58 % de notre échantillon, contre 28 % pour les célibataires et 14 % pour les veuves et les divorcées. La polygamie, qui touche 19 % des femmes, va de pair avec le remariage rapide des veuves et divorcées. Ce régime de nuptialité favorise, chez la majorité des femmes, une longue exposition au risque de procréation avec un début de vie génésique précoce et une fin tardive. Un espacement raisonnable entre les naissances évite dans ces conditions d'avoir une descendance prolifique et préserve la santé de la mère et de son nourrisson.

En 1993, la longueur moyenne de l'intervalle intergénésique était de 37,6 mois à Aboisso, espacement légèrement supérieur à celui de l'ensemble du pays en 1994 (33,3 mois) (tableau 3). Pourtant, l'affaiblissement des mécanismes traditionnels d'espacement des naissances est un peu plus prononcé à Aboisso que dans l'ensemble de la Côte d'Ivoire. En effet, la durée d'allaitement, qui avec l'abstinence après l'accouchement, a permis aux sociétés africaines de maintenir

un intervalle entre les naissances relativement favorable à la survie des enfants et de leurs mères, se situe à 17,7 mois. Comparativement à l'ensemble du pays (20,3 mois, selon les données de l'EDSCI), la durée médiane d'allaitement dans la région d'Aboisso est nettement plus faible ; elle se trouve au niveau national du début des années 1980, avant que la crise ne suscite un recours prolongé à l'allaitement maternel. Cette durée d'allaitement plus courte est liée à une durée médiane d'aménorrhée de 14,7 mois, qui est, curieusement, plus longue que dans l'ensemble du pays (12,3 mois)⁵. Quant à la durée médiane de l'abstinence post-partum, elle est, comme celle de l'allaitement maternel, plus courte à Aboisso (10,3 mois) que dans l'ensemble du pays en 1994 (11,8 mois).

TABLEAU 3. ÂGE MOYEN À LA PREMIÈRE UNION, DURÉES MÉDIANES D'ALLAITEMENT, D'AMÉNORRHÉE ET D'ABSTINENCE ET INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE MOYEN À ABOISSO ET EN CÔTE D'IVOIRE

	Aboisso	Côte d'Ivoire	
	1993	EIF 1980-81	EDSCI 1994
Âge à la première union (en années)	18,2	17,8	18,1*
Allaitement au sein (en mois)	17,7	17,5	20,3
Aménorrhée post-partum (en mois)	14,7	10,4	12,3
Abstinence post-partum (en mois)	10,3	13,1	11,8
Intervalle intergénésiq ue (en mois)	37,6	34,1	33,3

Sources : Koffi *et al.*, 1994 ; N'cho *et al.*, 1995, pp. 43 et 78.

* moyenne pour les femmes de 25-49 ans.

Des pratiques de solidarité contribuent aussi à maintenir un niveau élevé de fécondité. En effet, les échanges interfamiliaux sont fréquents et consistent, entre autres, à prendre en charge des enfants d'autres membres de la famille élargie. En 1993, 41 % des chefs de ménage enquêtés reconnaissent partager la charge de leurs enfants avec d'autres personnes. Les personnes qui aident ces chefs sont le plus souvent des ascendants (29 %), des collatéraux (23 %), des oncles et tantes (6 %), d'autres parents (28 %) ou même des personnes

⁵ L'effet de l'allaitement sur l'aménorrhée dépend de la nature réelle de cet allaitement, et notamment de la fréquence et de la durée des tétées. Il est donc difficile de porter un jugement sur cette différence entre Aboisso et la Côte d'Ivoire, qui peut dépendre de la définition de l'allaitement dans les deux enquêtes.

non-apparentées (14 %). Ce soutien à l'élevage des enfants par les autres membres de la famille est une pratique permanente qui maintient les parents dans le sentiment qu'ils peuvent partager leur responsabilité en matière d'éducation de leurs propres enfants avec les autres membres de leur famille élargie et qu'ils ne seront guère inquiétés par les charges induites par des descendance nombreuses.

Un désir marqué d'avoir des enfants supplémentaires

La part importante (70 %) des responsables d'unité domestique qui veulent des enfants supplémentaires, tandis que 30 % seulement déclarent être satisfaits du nombre de leurs enfants, confirme le caractère pro-nataliste des populations de la région d'Aboisso. Les raisons du désir d'enfants supplémentaires sont variées. « Agrandir la famille et/ou être respecté » est cité par 29 % des responsables de ménages ; ils recherchent un certain prestige par la procréation ou veulent perpétuer leur descendance. La préférence pour l'un ou l'autre sexe motive 10 % des enquêtés, qui se réfèrent à la place que la société accorde à l'individu selon son sexe et peut être également au soutien (matériel ou affectif) que l'un ou l'autre sexe peut lui apporter. Les questions de sécurité pendant la vieillesse et de besoin de main-d'œuvre sont soulevées respectivement par 5 % et 2 % des personnes interrogées.

Les souhaits d'enfants supplémentaires reposent sur des éléments cruciaux des modèles qui entretiennent la forte fécondité : prestige lié à la descendance nombreuse, statut des individus, travail de l'enfant... Nous sommes manifestement dans un milieu humain où, les pratiques de solidarité aidant, la majorité des familles estiment que les enfants rapportent, dans le domaine social et économique, plus qu'ils ne coûtent à leurs parents.

LES BESOINS EN MATIÈRE DE RÉGULATION DES NAISSANCES

Une fréquence notable des avortements

Parmi les femmes interrogées en 1993, une proportion significative (30 %) reconnaît avoir eu au moins une grossesse terminée par une fausse couche ou un avortement provoqué. Le nombre de grossesses interrompues est plus élevé chez les plus âgées que chez les plus jeunes : il est de l'ordre de 12 % à 15-19 ans contre plus de 37 % après 35 ans. Si l'on s'intéresse uniquement aux avortements provoqués, on constate qu'ils concernent 16 % des femmes. On voit ainsi que certaines grossesses ne sont pas désirées, surtout par les jeunes générations et les femmes résidant en ville. En milieu urbain, les femmes qui recourent à l'avortement sollicitent les agents de santé du public ou du privé ; par contre en milieu rural, elles font appel aux guérisseurs ou utilisent des méthodes dont elles ont entendu parler. Ces avortements provoqués sont motivés le plus souvent par des considérations économiques ou des mésententes avec le conjoint, et se terminent parfois par des complications telles que les hémorragies et les infections. Ces événements surviennent bien que la majorité des femmes connaissent des méthodes pour éviter une grossesse.

Une large connaissance des méthodes contraceptives

La prise de conscience de l'existence des méthodes de planification familiale n'est plus une question qui devrait faire l'objet des efforts du programme dans les localités d'enquête puisque près des trois quart des femmes connaissent au moins une méthode. Cela est dû en partie à l'implantation des services de planification familiale dans les formations sanitaires de ces localités et aux campagnes de sensibilisation qui ont été réalisées.

La proportion des femmes qui connaissent une méthode « pour ne pas tomber enceinte » varie selon l'âge (tableau 4). De 74 % chez les femmes des générations les plus récentes, elle augmente et atteint son maximum dans les générations âgées de 20-24 ans (77 %) puis diminue pour se situer vers 60 % dans les générations les plus

PLANIFICATION FAMILIALE EN CÔTE D'IVOIRE

anciennes. Cette différence est due au fait que l'information est généralement plus accessible aux jeunes femmes, qui ont reçu une meilleure instruction que les plus âgées. Quant aux femmes âgées de 20-24 ans, elles sont au moment le plus actif de leur vie reproductive et elles font des efforts pour être informées des méthodes.

TABLEAU 4. PROPORTION DE FEMMES CONNAISSANT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE PAR GROUPES D'ÂGES ET TYPE DE MÉTHODE CONNUE (EN %) À ABOISSO EN 1993

Groupe d'âges	Toutes méthodes	Parmi celles qui connaissent des méthodes			Effectif	
		Moderne	Traditionnelle	Moderne et traditionnelle		
15-19	74,1	18,0	11,1	70,9	100	375
20-24	77,3	15,0	12,7	72,3	100	409
25-29	75,9	14,6	11,1	74,3	100	336
30-34	74,7	18,9	10,5	70,6	100	320
35-39	70,6	16,1	12,1	71,8	100	211
40-44	52,7	10,3	29,5	60,2	100	148
45-49	62,4	7,9	36,6	55,5	100	101
Ensemble	72,5	15,7	13,7	70,6	100	1 900

Source : Koffi *et al.*, 1994, pp.75 et 79.

Les femmes qui ont déclaré « connaître une méthode » se répartissent inégalement selon le type de méthode connue ; 16 % ont entendu parler seulement des méthodes modernes tandis que 14 % connaissent uniquement les méthodes traditionnelles et 70 % les deux types de méthodes. Cette large connaissance des méthodes modernes est vraie pour toutes les générations. L'essentiel de l'information sur les méthodes modernes provient du personnel médical, des amies et de l'école ; le conjoint et la famille y contribuent faiblement. Quant aux méthodes traditionnelles, elles sont connues le plus souvent par le biais des amies, de la famille et du conjoint (Koffi *et al.*, 1994).

Une opinion favorable à l'utilisation des méthodes contraceptives

Si un grand nombre de femmes connaît au moins une méthode pour éviter de tomber enceinte, elles sont aussi nombreuses à en accepter l'usage. En effet, plus des deux tiers se déclarent favorables à

l'utilisation de ces méthodes, surtout parmi les femmes qui ont moins de quarante ans, favorables à plus de 70 %, et celles de plus de 40 ans, favorables à 55 % environ (Koffi *et al.*, 1994).

Les femmes qui sont favorables à l'utilisation des méthodes, justifient leur position par plusieurs séries de raisons qui peuvent être regroupées en deux catégories : d'une part, une situation économique difficile, évoquée par près du tiers des enquêtées, surtout les jeunes ; d'autre part, préserver la santé de la mère et de l'enfant et assurer le bien-être familial, raison soulevée surtout par les femmes plus âgées. Celles qui s'opposent au contraire à la planification familiale sont motivées en général par des considérations relatives à la santé (38 %) ou à la religion (22 %). Les 40 % restant se partagent entre des raisons telles que : le coût des procédés, l'attitude du conjoint, la préférence pour une famille nombreuse, etc.

Examinons également l'opinion des hommes à l'égard de la fréquentation des services de planification familiale par leurs conjointes, car ils peuvent influencer en effet, dans l'un ou l'autre sens, l'utilisation effective des méthodes. 12 % des hommes restent indifférents à la fréquentation de ces services par leur conjointe tandis que 25 % y sont hostiles et 63 % s'y déclarent favorables. En résumé, la majorité des hommes et des femmes des localités où le programme a été initié affichent une opinion favorable à la planification familiale (Koffi *et al.*, 1994).

LES CONDITIONS D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE

La pilule, méthode moderne la plus utilisée

Bien qu'une large majorité de femmes connaissent au moins une méthode contraceptive et en acceptent l'usage, seulement 19 % y ont recours. Ce nombre d'utilisatrices reste faible en comparaison du nombre de femmes conscientes de l'existence des méthodes. Les proportions d'utilisatrices diminuent au fur et à mesure que l'âge augmente : de 25 % à 15-19 ans à 12 % à 45-49 ans, la différence entre les générations étant due au fait que ce sont les jeunes générations qui bénéficient des progrès de l'éducation et sont

davantage disposées à modifier leurs comportements. Le nombre d'utilisatrices varie également selon le milieu de résidence : il est plus élevé en ville (22 %) que dans les campagnes (16 %), écart dû à la différence dans le niveau d'instruction mais aussi à la nature de l'activité économique (tableau 5). Si l'on s'intéresse aux seules méthodes modernes, la proportion d'utilisatrices s'élève à 6,8 % en 1993. Cette prévalence varie de 6 à 9 % dans les localités où le programme est implanté et s'établit à 3 % à Eboué, où n'existe pas de service de planification familiale.

La pilule est, comme dans bon nombre de pays africains (National Research Council, 1993), la méthode moderne la plus utilisée : 74 cas sur 130 en 1993 et 37 cas sur 62 en 1995. Cela est dû au fait que la pilule est davantage demandée par les femmes et à la stratégie adoptée par le programme. En effet, lors des séances de *counselling*, les femmes sont invitées à se prononcer sur la méthode de leur choix. Comme, d'une part, la pilule est généralement davantage connue que les autres méthodes et, d'autre part, qu'elle présente moins d'effets secondaires immédiats, c'est naturellement sur elle que les choix se portent. Si l'agent de santé ne trouve pas de contre-indication après les examens généraux et gynécologiques, il prescrit la méthode désignée par la femme ; autrement, il lui en propose une autre plus adaptée. Un élément de la stratégie relative au choix des méthodes est de conseiller la pilule aux femmes qui sont sans enfant et à celles qui sont au début de leur vie génésique.

La méthode la plus utilisée en second lieu est, de loin, l'injection. Elle est demandée parce qu'elle limite les risques d'oubli, évite d'attirer l'attention du conjoint et des proches et se révèle commode pour celles qui voyagent fréquemment. Cependant, les prescriptions dans les centres se trouvent également orientées par la disponibilité des méthodes et la qualification des agents de santé. La pénurie d'une méthode conduit à sa substitution par une autre ; ainsi, à Bianouan, en 1993, les injections étaient davantage prescrites que la pilule, au contraire des autres localités. Cette crainte d'une pénurie de certaines méthodes, lié à un approvisionnement incertain de certains services, est fondée puisqu'un tel manque, d'une durée de un à deux mois, est survenu dans la plupart des centres de planification familiale vers la fin de l'année 1996.

CHAPITRE 5

TABLEAU 5. RÉPARTITION DES FEMMES UTILISATRICES DES MÉTHODES MODERNES PAR LOCALITÉ SELON LA MÉTHODE ET TAUX DE PRÉVALENCE EN 1993

Localité	Pilule*	Injection	DIU	Autre**	Ensemble	Femmes exposées	Taux de prévalence
Aboisso (ville)	37	3	0	13	53	881	6,0
Bianouan	8	11	1	2	22	271	8,1
Yaou	13	7	2	2	24	267	9,0
Ayamé (ville)	11	5	0	0	16	208	7,7
Kétesso	5	6	0	0	11	146	7,5
Eboué	2	1	1	0	4	127	3,1
Ensemble	76	33	4	17	130	1900	6,8

Source : Koffi *et al.*, 1994, p.102.

* dont pilule associée à l'utilisation du préservatif ; ** spermicide, préservatif.

Le DIU requiert, pour son insertion, une certaine qualification de l'agent de santé, c'est pourquoi la fréquence de son utilisation est faible dans le département d'Aboisso, alors que dans la plupart des autres programmes il constitue, avec la pilule, la méthode la plus utilisée.

En 1993, une proportion significative des femmes (12 %) avait déclaré utiliser les préservatifs exclusivement ou des préservatifs combinés à la pilule. Ce choix répond plus à un objectif de lutte contre le sida, et est sans doute associé à des relations occasionnelles.

Les sources d'approvisionnement des méthodes modernes sont variées. En 1993, les centres de santé dominaient légèrement (54 % des enquêtées) suivis des pharmacies (31 %), des colporteurs (5 %), des vendeurs installés au marché (2 %) et d'autres sources (8 %). La contribution des formations sanitaires publiques dans l'approvisionnement est notable mais mérite, selon nous, d'être accrue compte tenu de sa portée. En effet, les pharmacies offrent des moyens de contraception nettement plus chers, à qualité égale, que les formations sanitaires. Quant aux colporteurs et vendeurs du marché, ils ont un éventail de produits limité et de qualité douteuse. Nous pouvons aussi souligner la transmission de l'information sur l'usage, les avantages et les inconvénients de telle ou telle méthode, qui fondent la qualité d'une prestation et conditionnent la continuité de

l'utilisation des différentes méthodes, et se trouve nettement mieux assurée dans les centres de santé.

Il est aussi important de connaître le profil des clientes du projet pilote et les motifs de leur demande de planification familiale. Selon les données de l'enquête de 1995, il s'agit le plus souvent de femmes âgées de moins de 35 ans, commerçantes travaillant pour leur propre compte. Leur activité leur confère une grande mobilité géographique et des contacts fréquents avec une variété de milieux sociaux. A l'origine de leur adhésion au programme pilote, on trouve souvent une grossesse non désirée survenue après l'arrêt volontaire de l'usage d'une méthode moderne ou pendant l'utilisation d'une méthode traditionnelle. Leur objectif est le plus souvent d'espacer les naissances dans un double but : d'une part assurer leur santé et celle de leur enfant, d'autre part rendre compatible leur fonction de reproduction avec leur activité commerciale.

Une intention d'utilisation future de la contraception minoritaire

Aux femmes qui n'utilisaient pas de contraception au moment de l'enquête, on a demandé si elles avaient, avec leur conjoint, l'intention de le faire dans l'avenir. 12 % demeurent indécises ou non informées. Parmi celles qui affirment une position, la majorité n'envisage pas d'adopter une méthode. Elles représentent 50 % des non-acceptrices au moment de l'enquête, contre 38 % pour celles qui ont l'intention d'utiliser une méthode. L'intention d'utiliser ou non dans le futur la contraception varie avec l'âge (tableau 6). Les femmes qui ne veulent pas utiliser une méthode dominent dans tous les groupes, excepté chez les plus jeunes (15-19 ans), et l'écart entre la fréquence de celles qui ont l'intention de recourir à une méthode et la fréquence de celles qui n'expriment pas cette intention se creuse très sensiblement après 30-34 ans.

Les méthodes citées par les femmes ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir donnent une image de la demande potentielle des différents moyens. Les injections sont les plus citées (40 % des femmes), ensuite la pilule (7 %). Le DIU, le préservatif ou la stérilisation ne sont que rarement cités. Seulement 4 % des femmes ont mentionné des méthodes traditionnelles et 16 % d'entre elles n'ont encore rien décidé quant à la méthode qu'elles utiliseront. Comme chez les utilisatrices actuelles, les injections et la pilule sont les deux

méthodes préférées par les futures acceptrices. Toutefois l'ordre du choix est inversé : les dernières demandent les injections plus que les pilules. Cela est aussi vrai pour l'ensemble du pays en 1994, selon les données de l'enquête démographique et de santé.

TABLEAU 6. DISTRIBUTION DES FEMMES SELON L'INTENTION D'UTILISER DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES AVEC LEUR CONJOINT SELON L'ÂGE

Groupe d'âges	Aucune intention	A l'intention	Ne sait pas	Total	Effectif
15-19	40,1	43,1	16,9	100	267
20-24	47,4	41,2	11,3	100	291
25-29	49,8	40,3	10,0	100	231
30-34	51,8	41,4	6,8	100	220
35-39	50,0	35,9	14,1	100	156
40-44	62,1	25,0	12,9	100	124
45-49	77,2	13,9	8,9	100	79
Total	50,4	37,8	11,8	100	1 368

Source : Koffi *et al.*, 1994, p. 109

Des abandons de méthodes révélateurs des limites du programme

L'abandon des méthodes sera examiné tout d'abord à partir des déclarations des femmes qui n'utilisaient pas de contraception au moment de l'enquête de 1993, puis de celles des anciennes clientes des formations sanitaires qui ont été interrogées en 1995. L'enquête de 1993 a révélé que 15 % des femmes non acceptrices avaient déjà eu recours à la contraception. Parmi ces dernières, 60 % avait utilisé une méthode moderne (la pilule le plus souvent), 21 % une méthode traditionnelle et le reste, les deux méthodes. Mais ce sont les raisons de leur arrêt qui nous préoccupent ici. Deux causes dominent : d'une part « avoir des enfants » (41 %), d'autre part des « problèmes de santé et effets secondaires » (21 %) ; sont également cités : l'opposition du conjoint (4 %) et l'absence ou la volonté de ne plus avoir de partenaire (13 %).

L'analyse des « abandons » et des « perdues de vues » du programme est plus édifiante. Relevons, pour commencer, que les données disponibles ne permettent pas d'évaluer le taux des abandons.

Toutefois, des sources concordantes nous permettent d'affirmer qu'il n'est point négligeable. En ce qui concerne les méthodes utilisées par les femmes concernées, les injections dominent (59 %), devant la pilule (36 %) et le DIU (5 %). Trois causes d'abandon, qui agissent parfois en conjonction, sont essentiellement à l'origine de l'arrêt des méthodes : les effets secondaires (40 %), le désir de grossesse (26 %), les pressions du mari ou de la famille (12 %).

Les effets secondaires engendrés par l'usage des contraceptifs sont variés. Ils consistent, pour la pilule, en des maux de tête, une augmentation de la tension artérielle, un gain de poids, des saignements anormaux pendant les menstrues. Les injections, elles, entraînent une aménorrhée, redoutée par les communautés. En fait, les arrêts pour « désir de grossesse » se dissocient difficilement de ceux dus à la pression du mari ou de l'entourage du couple. Le moment de la grossesse n'est pas souvent planifié, il est suscité par l'entourage selon l'âge du dernier enfant né vivant et la parité déjà atteinte. Cette cause relative au « désir de grossesse » recouvre donc un ensemble d'éléments qui relèvent aussi bien de la question du pouvoir de décision que des normes relatives à la dimension de la famille en passant par les règles des comportements post-partum (allaitement et abstinence).

Des causes que l'on a regroupées sous la rubrique « autres » ne sont pas non plus à négliger puisqu'elles ont occasionné un arrêt dans l'utilisation de méthodes chez 22 % des femmes. Elles se composent des rumeurs inexacts, des craintes, gêne, timidité... Des rumeurs tiennent l'aménorrhée qui suit l'usage des injectables pour source de maladie. Cet effet secondaire est interprété comme une accumulation de « sang impur dans le corps » qui, à terme, provoquera des maladies ou la stérilité. La pilule est supposée causer une hypertension artérielle et le cancer. On raconte aussi que ce sont les « infidèles » qui ont recours à la contraception. On rencontre également la crainte qu'en prolongeant l'espacement entre les naissances au delà des limites admises par la société, les femmes voient leur mari prendre une seconde épouse. En bref, les rumeurs et les effets secondaires réels ou supposés entravent, comme c'est souvent le cas, l'utilisation continue des méthodes. Il appartient aux initiateurs du projet de développer des actions pour lutter contre la propagation de fausses rumeurs et d'expliquer la nature réelle des effets secondaires et leur véritable portée, afin d'éviter les abandons de méthodes.

L'implication des agents de santé dans l'exécution du programme

L'implication des agents de santé est cruciale pour le succès du programme dont l'impact dépend notamment de l'opinion des agents sur le principe de la planification familiale et sur l'usage des procédés contraceptifs. L'enquête de 1995 montre que la majorité des agents de santé comprennent la pertinence du principe de la planification familiale et de l'usage des procédés contraceptifs. Cette opinion favorable est fondée sur des considérations d'ordre sanitaire et économique. L'utilisation des méthodes permet, disent-ils, d'éviter les grossesses rapprochées et de préserver la santé de la mère et de l'enfant ; ils avancent en outre, que c'est un moyen d'éviter les grossesses et les avortements chez les adolescentes. Ils soutiennent également que la planification familiale allège les charges des familles en évitant les descendance nombreuses. Nous constatons ainsi que les agents de santé ont une opinion qui favorise leur implication dans l'exécution du programme. Par contre, d'autres éléments caractéristiques du degré d'implication du personnel dans le programme sont plutôt négatifs : la disponibilité des moyens humains et son niveau de qualification, qui sont également des éléments importants.

Les ressources humaines sont rares. Dans la plupart des centres, il n'y a pas de personnel affecté exclusivement aux activités de planification familiale ; la sage-femme ou l'infirmier, aidé quelquefois par la fille ou le garçon de salle, fournit une variété de soins : soins prénataux, suivi du nourrisson, planification familiale... Ce personnel étant surchargé, les jours où les patientes viennent en grand nombre, il dispose de très peu de temps pour mener des tâches d'IEC. Et les formations sanitaires qui, comme l'hôpital d'Adiaké, disposent d'un personnel non-médical et peuvent tirer profit de ces jours de grande affluence pour informer les femmes, sont peu nombreuses.

Cette faible disponibilité des ressources humaines se combine à un manque relatif de qualification et d'expérience des agents disponibles. Les quatorze prestataires de services de planification familiale interrogés en 1995 n'ont reçu leur première formation spécifique en ce domaine que récemment : 2 avant 1993 et le reste en 1993 et 1994. En outre, la durée de cette formation pour la quasi-totalité de ces agents n'a pas excédé trois mois. Seule une personne a effectué un stage de plus de 4 mois. L'essentiel des agents présente donc des insuffisances et ne peut guère assurer des services de haute qualité.

L'on peut se demander également si les conditions de travail (moyens réduits mis à la disposition des personnels, rémunération faible, organisation des tâches peu adaptée à leur multiplicité) ne constituent pas des contraintes fortes pour un service de qualité.

CONCLUSION

La zone pilote du programme ivoirien de planification familiale reste encore pro-nataliste. L'affaiblissement des mécanismes traditionnels d'espacement des naissances y est un peu plus prononcé que dans l'ensemble du pays et la fréquence des avortements y est notable. Ces éléments justifient pleinement le développement d'un tel programme dans cette zone qui, comme l'ensemble du pays, connaît une situation socio-économique difficile.

L'essentiel des difficultés du programme à satisfaire la demande réelle et à fidéliser les clientes des services de planification familiale provient de la permanence d'une culture pro-nataliste dans la population. A cela s'ajoute la faible implication des agents dans l'exécution du programme, résultant, d'une part, de leur insuffisance numérique et, d'autre part, de leur manque relatif d'expérience. On constate également que le programme se préoccupe essentiellement du changement des comportements individuels des personnes en âge de procréer et ne comporte pas de mesures pour faire évoluer les aspirations et les normes de l'ensemble des populations concernées.

Il importe au contraire de mettre en œuvre des mesures pour influencer le cadre socio-culturel, favoriser la participation d'autres acteurs, tels que les institutions communautaires, et pour impliquer davantage les agents des services de santé dans l'accomplissement des tâches requises pour assurer une meilleure accessibilité et disponibilité des procédés contraceptifs modernes.

Références bibliographiques

- BAMSIE R. et KOUAME K., 1992, La planification familiale en Côte d'Ivoire : Bilan et perspectives, Communication au Séminaire national sur « Perspectives Démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028 », Abidjan, 18-20 Novembre 1992, 13 p.
- KOFFI N., KOUYE M.P. et SIKA G.L., 1994, *La planification familiale dans le département d'Aboisso (Sud-est de la Côte d'Ivoire)*, ENSEA, Abidjan, 137 p. + annexes
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1993, *Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington D.C., 252 p.
- N'CHO S. et al., 1995, *Enquête démographique et de Santé 1994*, Institut National de la Statistique, Macro International Inc., 193 p. + annexes.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1997, *Déclaration de politique nationale de population*, Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé du Plan et du Développement industriel, République de Côte d'Ivoire, 40 p.
- ZANOU C. B., 1994, « Vers une politique de population en Côte d'Ivoire. Une réponse aux conséquences sociales de la croissance démographique et de la crise économique », in KOFFI N., GUILLAUME A., VIMARD P. et ZANOU B. (éds), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Collection Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris : 369-379.

DEUXIÈME PARTIE

**DU DÉVELOPPEMENT DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE À LA
BAISSE DE LA FÉCONDITÉ**

CHAPITRE 6

TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ ET PRATIQUE CONTRACEPTIVE EN AFRIQUE ANGLOPHONE

Gora MBOUP

Chercheur à Macro International

INTRODUCTION

Le programme de l'Enquête mondiale sur la fécondité (EMF), initié dans les années 1970, confirmait qu'en Afrique au Sud du Sahara la fécondité demeurait précoce et forte et la prévalence contraceptive faible. Plusieurs études ont tenté d'expliquer la permanence de cette forte fécondité (Cleland et Hobcraft, 1985). Si les chercheurs sont unanimes sur le fait que la fécondité demeure élevée dans ces pays, on note toutefois une absence de consensus sur les principaux déterminants, voire sur les facteurs susceptibles de produire une transition d'une haute à une basse fécondité. L'approche micro-économique privilégie la dimension structurelle de la modernisation (Easterlin, 1983 ; Easterlin et Crimmins, 1985), la théorie des flux de richesses intergénérationnels explore sa dimension culturelle (Caldwell, 1982) et d'autres thèses privilégient les institutions, les classes sociales ou la division sexuelle du travail (McNicoll, 1980 ; Boserup, 1985 ; Gregory et Piche, 1985 ; Folbre, 1983 ; Oppong, 1983 ; Locoh, 1988). Les explications avancées divergent sur certains points, convergent sur d'autres et, finalement, se complètent pour soutenir que la haute fécondité des populations d'Afrique subsaharienne relève d'une rationalité à la fois économique

et culturelle (Mboup, 1992). La première inclut notamment la contribution de l'enfant à la production familiale et à la sécurité lors de la vieillesse, tandis que la seconde comprend les valeurs d'affection, d'identification, de cohésion et de pérennité des groupes sociaux.

Cependant, initié dans les années 1980, le programme des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) a révélé, dans sa première phase, une baisse de la fécondité dans trois pays d'Afrique anglophone (Kenya, Zimbabwe et Botswana) et une stagnation ou une augmentation ailleurs (Freedman et Blanc, 1991), les deuxième et troisième phases des EDS indiquant une relative extension de la baisse à d'autres pays que les trois pays pionniers de la transition.

Ce chapitre tente d'identifier les composantes essentielles de la baisse de la fécondité dans ces pays anglophones d'Afrique au Sud du Sahara où l'environnement socio-culturel, économique et politique des familles a connu d'importantes mutations. Il examine notamment la contribution de la contraception à l'intensité de la transition de la fécondité et évalue, d'une part, la continuité du processus de transition dans les pays où la baisse est amorcée depuis plusieurs années et, d'autre part, son extension à d'autres régions que celles où les premières manifestations de celle-ci ont été enregistrées.

La première partie examine les niveaux et tendances de la fécondité des pays d'Afrique anglophone ayant participé au programme des EDS, en reliant ces niveaux de fécondité aux variables de nuptialité, de comportement post-partum et de pratique contraceptive. La deuxième partie de l'étude est consacrée à trois pays, Kenya, Ghana et Zimbabwe, où la disponibilité de deux enquêtes démographiques et de santé permet d'évaluer la continuité et le degré de généralisation du processus de la transition. Et enfin, la troisième partie tente d'associer la transition de la fécondité au développement socio-économique et aux politiques et programmes de population des pays concernés.

LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE ANGLOPHONE

Les sources des données

Les données analysées dans cette étude concernent les onze pays anglophones d'Afrique au Sud du Sahara ayant participé au programme des Enquêtes démographiques et de santé qui en est, actuellement, à sa troisième phase (tableau 1).

TABLEAU 1. PAYS ANGLOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE AYANT RÉALISÉE DES ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET DE SANTÉ*

Pays	EDS-I : Année d'enquête	EDS-II : Année d'enquête	EDS-III : Année d'enquête
Botswana	1988		
Ghana	1988		1993
Kenya	1988-1989		1993
Liberia	1986		
Malawi		1992	
Namibie		1992	
Nigeria		1990	
Ouganda	1988-1989		
Tanzanie		1991-1992	
Zambie		1992	
Zimbabwe	1988-1989		1994

* Situation au 1-1-1995.

Il convient de noter certaines limites inhérentes à cette étude de la transition de la fécondité. Le programme des EDS n'a pas encore couvert tous les pays anglophones d'Afrique subsaharienne : ainsi l'Éthiopie, le Lesotho, le Swaziland, la Somalie, la Gambie, etc., en sont exclus. Ces pays pourraient présenter des schémas similaires ou différents de ceux des pays ayant réalisé une enquête EDS. Et, même pour ces derniers, les données ne sont pas toujours disponibles pour une même période de référence. Ceci rend difficile, d'une part, la comparabilité des schémas de transition de fécondité et, d'autre part, la

généralisation des résultats observés. Tout dépend du moment auquel l'observation est faite. Après la première enquête de fécondité réalisée au Kenya (KFS, 1978), on parlait d'une stabilité de la fécondité dans ce pays, alors que dix ans plus tard, avec l'enquête EDS, on cherchait à identifier les facteurs de baisse de cette fécondité.

Un autre facteur qui peut rendre difficile la classification des pays suivant leur processus de transition réside dans les modalités de la collecte de données. Bien que les enquêtes soient réalisées suivant la même méthodologie, qui est celle du programme des enquêtes EDS, l'organisation de l'enquête (l'adaptation du questionnaire, l'interview, la supervision, le contrôle, l'édition, etc.), qui dépend des capacités institutionnelles de chaque pays et des caractéristiques des populations enquêtées, influe sur la qualité des données, à savoir l'exactitude de l'enregistrement de l'âge, le taux d'omission des événements, etc.

Baisse de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara : mythe ou réalité ?

La première phase des enquêtes EDS, réalisée en Afrique subsaharienne à la fin des années 1980, révèle que l'indice synthétique de fécondité (ISF), calculé sur les périodes de 4-7 ans et 0-3 ans avant l'enquête, est passé, au Botswana de 5,6 à 4,8 enfants par femme, au Zimbabwe de 6,6 à 5,3 enfants par femme, et au Kenya de 7,1 à 6,5 enfants par femme, soit respectivement une baisse de 14 %, 20 % et 9 % (tableau 2).

Cette première phase a été suivie d'une deuxième réalisée dans d'autres pays anglophones ; celle-ci indique une extension de la transition au Nigeria (1990) où la baisse atteint 14 % (de 6,9 à 5,9 enfants par femme). En Namibie (1992), la fécondité, malgré sa variation négligeable, est restée relativement faible (5,4 enfants par femme). Par contre, dans d'autres pays anglophones, on trouve des niveaux de fécondité aussi élevés que ceux des pays francophones¹. Il s'agit de la Tanzanie (6,2), de la Zambie (6,4), du Malawi (6,7), du Liberia (6,6) et de l'Ouganda (7,2).

¹ Pour les pays francophones ayant participé au programme EDS, l'ISF varie de 5,1 en République centrafricaine (1994-95) à 7,4 enfants par femme au Niger (1992).

FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN AFRIQUE ANGLOPHONE

TABLEAU 2. ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ

Pays	Année d'enquête	0-3 ans*	4-7 ans*	Variation relative (en %)
Ouganda	1988-89	7,2	7,1	+ 1
Malawi	1992	6,7	7,2	- 7
Liberia	1986	6,6	6,8	- 3
Kenya (1)	1988-89	6,5	7,1	- 9
Zambie	1992	6,4	7,1	- 10
Ghana (1)	1988	6,1	6,4	- 5
Tanzanie	1991-92	6,2	6,5	- 5
Nigeria	1990	5,9	6,9	- 14
Ghana (2)	1993	5,5	6,7	- 18
Kenya (2)	1993	5,4	6,6	- 18
Namibie	1992	5,4	5,7	- 5
Zimbabwe (1)	1988-89	5,3	6,6	- 20
Botswana	1988	4,8	5,6	- 14
Zimbabwe (2)	1994	4,4	5,6	- 21

Source : Enquêtes démographiques et de santé.

* période avant l'enquête pour laquelle l'indice est calculé.

(1) indique la première enquête EDS, et (2) la deuxième.

Les pays sont classés par ordre décroissant selon le niveau de fécondité.

Plusieurs études ont été consacrées à l'évaluation et à l'explication de la baisse de la fécondité observée au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe (van de Walle et Foster, 1990 ; Caldwell et *al.*, 1992 ; Brass et Jolly, 1993 ; Foote, Hill et Martin, 1993 ; Fredman et Blanc, 1992). Cette baisse a alimenté une polémique autour de la signification statistique des variations, notamment la représentativité de l'échantillon (Thomas et Muvandi, 1994 ; Blanc et Rutstein, 1994) et le déplacement de la date de naissance des enfants nés durant les cinq dernières années ayant précédé les enquêtes.

D. Thomas et I. Muvandi (1994), en comparant les données des enquêtes sur la prévalence contraceptive (EPC) et des enquêtes démographiques et de santé réalisées au Botswana et au Zimbabwe, concluent qu'une part du déclin de la fécondité dans ces deux pays peut être attribuée aux différences dans la composition des échantillons. Ils soutiennent que, pour une même cohorte, les femmes de l'enquête EDS étaient plus instruites que celles de l'enquête EPC. Par contre, dans la même publication, A. Blanc et S. Rutstein (1994)

trouvent qu'en effectuant un ajustement des niveaux de fécondité en fonction de l'éducation de la femme, ce problème d'échantillonnage affecte très faiblement le niveau de la baisse de la fécondité entre les deux enquêtes. Même avec l'hypothèse que les femmes instruites étaient sur-représentées dans l'enquête EDS ou sous-représentées dans l'enquête EPC, la baisse de la fécondité dans ces deux pays demeure toujours significative.

En ce qui concerne le déplacement de la date de naissance des enfants, les études de F. Arnold et A. Blanc (1990) et de R. Freedman et A. Blanc (1991) indiquent qu'il n'a pas affecté la signification statistique de la baisse de la fécondité dans ces trois pays. Par contre, dans les pays autres que le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe, la baisse semble être superficielle et s'explique essentiellement par le transfert des dates de naissance. En effet, il a été souvent observé, dans des enquêtes de ce type, que certaines enquêteuses, pour réduire leur charge de travail et éviter de poser des questions sur la santé des enfants de moins de cinq ans, transfèrent parfois les naissances survenues cinq ans avant l'enquête vers les périodes de six ans ou plus (Rutstein et Bicego, 1990). E. Van de Walle et A. Foster (1990) et J. Caldwell, I. Orubuloye et P. Caldwell (1992) ont aussi souligné ce problème de qualité de données, qui peut affecter le niveau de la baisse de la fécondité dans certains pays comme le Ghana et le Kenya.

Par ailleurs, dans deux pays, le Kenya et le Zimbabwe, où une deuxième enquête EDS est disponible, les données confirment le processus de transition avec une baisse relative de 17 % entre les deux enquêtes (tableau 3). La baisse dans ces pays vient modifier les valeurs couramment observées de l'indice synthétique de fécondité en Afrique qui sont longtemps restées entre 6 et 7 enfants par femme. Pour la première fois on a observé un indice inférieur à 5, comme au Zimbabwe (4,4). Au Ghana où, au moment de la première enquête EDS, on notait une stagnation de la fécondité, le processus de la transition semble être amorcé ; entre les deux EDS, l'indice synthétique de fécondité a connu une réduction de 10 %, passant de 6,1 à 5,5 enfants par femme.

Malgré les problèmes de qualité des données, les enquêtes EDS offrent suffisamment d'éléments qui corroborent l'existence d'une transition soutenue au Zimbabwe et au Kenya. Le rythme de la baisse des niveaux de fécondité est largement supérieur à 10 %, pourcentage

FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN AFRIQUE ANGLOPHONE

conventionnellement considéré comme indiquant une transition irréversible de la fécondité (Caldwell *et al.*, 1992).

TABLEAU 3. VARIATIONS DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ENTRE LES ENQUÊTES EMF/EPC, EDS I ET EDS II

Pays	EMF/EPC		EDS I		EDS II		Variations relatives (%)	
	Année	ISF (1)	Année	ISF (2)	Année	ISF (3)	(2)/(1)	(3)/(2)
Botswana	1984	6,5*	1988	4,8			- 26	
Zimbabwe	1984	6,5*	1988-89	5,3	1994	4,4	- 19	- 17
Kenya	1978	8,1**	1988-89	6,5	1993	5,4	- 20	- 17
Ghana	1984	6,5**	1988	6,1	1993	5,5	- 6	- 10
Nigeria	1981-82	6,3**	1990	5,9			- 6	

Source : Rapports nationaux.

* EPC ** EMF

Variations de la fécondité selon le milieu de résidence et l'instruction des femmes

L'absence d'une transition significative de la fécondité dans les autres pays anglophones ne signifie pas, toutefois, qu'une évolution ne s'opère pas dans certaines couches de leur population. Dans la plupart de ces pays, l'indice synthétique de fécondité, calculé sur les femmes de 15-44 ans, est inférieur à 6 enfants par femme en milieu urbain (tableau 4), variant de 3,9 au Botswana à plus de 5,5 au Liberia et en Ouganda.

Dans les pays à fécondité élevée, cette baisse pourrait davantage s'expliquer par le recul de l'âge au premier mariage ; par contre, dans les pays où la transition est bien avancée, l'utilisation de la contraception constituerait le principal déterminant proche de cette baisse.

Il est intéressant de noter ici qu'au Ghana où en 1988, lors de la première EDS, la fécondité était jugée constante, on observe, en milieu urbain, le même niveau d'ISF (4,0) que celui du Botswana. Les différences de fécondité entre ces deux pays concernent essentiellement le milieu rural (6,4 au Ghana contre 5,2 au Botswana, en 1988). Dans les trois pays, Botswana, Zimbabwe et Kenya, où une transition effective est observée, le milieu rural est également

CHAPITRE 6

concerné, alors que dans le reste de l'Afrique l'absence de baisse significative s'explique essentiellement par la constance des taux élevés de fécondité des femmes rurales.

TABLEAU 4. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION DES FEMMES (3 DERNIÈRES ANNÉES AVANT L'ENQUÊTE)

Pays	Résidence*			Niveau d'instruction*			
	Ensemble	Urbain	Rural	Sans instruction	Prim- aire incom- plet	Primaire complet	Secon- daire et +
Ouganda	7,2	5,7	7,3	7,5	7,0		**
Malawi	6,7	5,5	6,9	7,2	6,7	6,2	4,4
Liberia	6,6	5,9	6,6	6,4	7,0		4,7
Kenya (1)	6,5	4,6	6,9	7,0	7,3	6,6	4,9
Zambie	6,4	5,5	6,9	6,8	6,3		3,6
Ghana (1)	6,1	4,0	6,4	6,8	6,1		5,5
Tanzanie	6,2	4,9	6,5	6,4	6,1		4,0
Nigeria	5,9	5,1	6,2	6,3	7,0	6,0	4,2
Ghana (2)	5,5	3,9	6,2	6,5	6,1	4,7	2,9
Namibie	5,4	4,0	6,3	6,6	6,1	5,2	4,1
Kenya (2)	5,4	3,4	5,8	6,0	6,2	5,0	4,0
Zimbabwe (1)	5,3	4,1	6,2	6,9	6,4	5,2	3,8
Botswana	4,8	3,9	5,2	5,6	5,2	4,6	3,3
Zimbabwe (2)	4,4	nd	nd	nd	nd	nd	nd

Source : Rapports nationaux.

(1) indique la première enquête EDS, et (2) la deuxième.

* Pour la résidence et l'instruction, l'ISF est calculé sur les femmes de 15 à 44 ans.

nd : non disponible.

** Nombre de cas < 50.

La question des transformations socio-économiques, culturelles et politiques intervenues dans les milieux ruraux de ces pays (existe-t-il, dans ces milieux, un développement socio-économique et culturel et une diffusion de l'idée de la planification familiale par le biais des programmes et politiques de population ?) sera examinée dans la seconde partie de ce chapitre.

Les femmes ayant atteint au minimum le niveau d'instruction secondaire ont un indice synthétique de fécondité inférieur à 5 enfants par femme dans la plupart des pays, le plus faible étant observé au Botswana (3,3) (tableau 3). Ainsi, l'instruction contribue sensiblement à la baisse de la fécondité. Toutefois, celles qui ne terminent pas le cycle primaire n'ont pas nécessairement une fécondité plus faible que les femmes non instruites, même dans certains pays comme le Kenya où la transition de la fécondité est effective (6,2 contre 6,0 d'après les résultats de l'enquête KDHS II). Au Nigeria, les femmes sans instruction ont un indice synthétique de fécondité de 6,3 contre 7,0 pour celles n'ayant pas terminé le cycle primaire. Ces résultats révèlent que le sens de l'association entre l'éducation de la femme et la fécondité dépend du niveau d'études atteint. L'augmentation de la fécondité chez les femmes peu instruites a été associée au fait que le faible niveau d'instruction, en contribuant à l'amélioration des conditions sanitaires et à l'élimination des croyances et coutumes liées notamment à l'abstinence post-partum et à l'allaitement, peut entraîner, dans un premier temps, l'accroissement de l'offre d'enfants (Easterlin, 1983 ; United Nations, 1987). Cet accroissement pourrait, toutefois, être suivi d'une baisse de la fécondité de par l'augmentation de la pratique contraceptive. En effet, l'instruction, en facilitant la diffusion de nouvelles idées favorables à une famille moins nombreuse et en affaiblissant les normes culturelles qui s'opposent à l'utilisation de la contraception, pourrait, finalement, contribuer à la réduction de la fécondité. En fait, la plupart des approches explicatives de la transition de la fécondité reconnaissent que l'instruction contribue à l'émancipation de la femme ; les femmes instruites seront les premières à mettre en cause les règles institutionnelles, comme celles du système patriarcal qui légitime la domination de l'homme, et à se rendre compte que leur dépendance à l'égard des hommes n'est pas régie par des lois naturelles immuables (Caldwell, 1982). Elles seront, enfin, les premières à rompre avec le modèle traditionnel de fécondité qui relie leur statut à la taille de leur descendance, pour entrer en union plus tardivement et utiliser les méthodes modernes de contraception.

Le rôle de la contraception dans la baisse de la fécondité

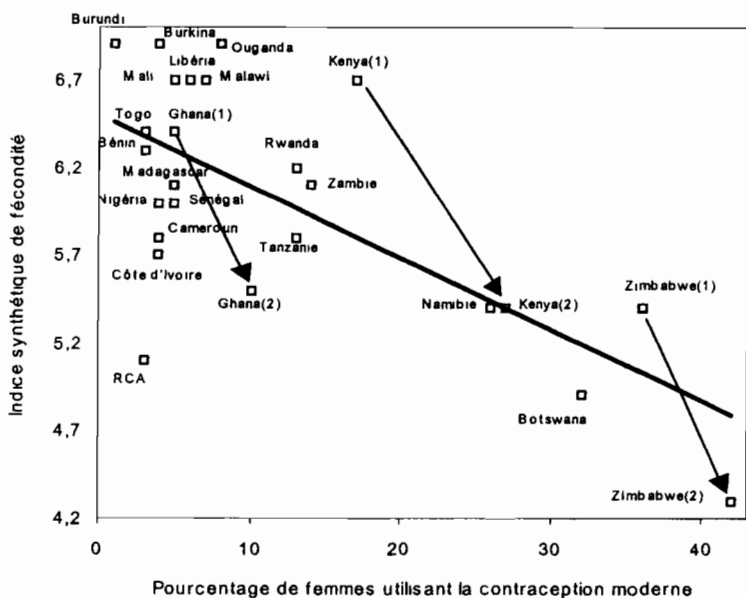
A l'aide du modèle de Bongaarts (1978), nous allons évaluer la contribution de la contraception à la baisse de la fécondité, après avoir

décrit la relation entre les niveaux de fécondité et de contraception en Afrique au Sud du Sahara.

Les baisses significatives de la fécondité sont associées à un accroissement de l'utilisation de la contraception moderne (figure 1) : Zimbabwe (36 % en 1987 et 42 % en 1994), Botswana (32 % en 1987), Kenya (17 % en 1989 et 27 % en 1994) et Namibie (26 % en 1992). La transition se poursuit au Kenya et au Zimbabwe comme l'indiquent les positions, d'une part des deux points Kenya (1) et Kenya (2), et, d'autre part, des deux points Zimbabwe (1) et Zimbabwe (2) (figure 1). Toutefois, la fécondité ne suit pas de manière linéaire le niveau de contraception. Pour certains pays, comme le Kenya en 1989 et le Zimbabwe en 1988, le niveau de fécondité semble être plus élevé que celui qui serait estimé à partir uniquement de la contraception (le point se situe au dessus de la droite définissant la tendance) alors que pour d'autres pays, comme le Ghana en 1994, c'est le contraire que l'on observe ; la baisse de la fécondité ne semble pas se justifier par la seule prévalence de la contraception moderne (10 %). Dans la plupart des autres pays, où la fécondité est élevée, la prévalence de la contraception moderne n'atteint pas 10 %. Les nuages de points se situant au sommet de l'axe des indices synthétiques de fécondité sont constitués par les pays d'Afrique francophone, à l'exception du Rwanda, et par les autres pays anglophones, l'Ouganda, le Liberia, la Tanzanie et la Zambie, qui détiennent les niveaux de fécondité les plus élevés avec de faibles taux d'utilisation de la contraception moderne.

FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN AFRIQUE ANGLOPHONE

FIGURE 1. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION MODERNE



Après avoir déterminé l'écart entre la fécondité observée et la fécondité potentielle, nous avons évalué l'effet inhibiteur dû à chacune des variables intermédiaires, en particulier à la contraception (tableau 5). Dans les pays où la fécondité n'est pas contrôlée, l'effet inhibiteur de l'infécondabilité post-partum, suivi de l'effet inhibiteur de la proportion des femmes non-mariées, explique principalement l'écart entre la fécondité observée et la fécondité potentielle. Par exemple, en Ouganda, où l'écart entre la fécondité potentielle et la fécondité estimée est de 6,9 enfants, l'infécondabilité post-partum réduit la fécondité potentielle de 37 %, le mariage de 9 % et la contraception de 4 %². Par contre, dans les pays connaissant une baisse significative

² Ces pourcentages représentent la réduction de la fécondité potentielle et sont équivalents à la différence entre l'unité et chacun des indices Cm, Cc et Ci, soit au Botswana par exemple pour l'effet du mariage $1 - 0,91$ soit 9 %.

de leur fécondité, l'effet inhibiteur de la contraception devient plus important que celui du mariage, puis dans un deuxième temps il dépasse celui de l'infécondabilité post-partum. Ainsi, au Botswana, où l'écart entre la fécondité potentielle et la fécondité estimée est de 9,5 enfants, l'infécondabilité post-partum réduit la fécondité potentielle de 37 % également, mais la contraception la réduit de 31 % et le mariage de 13 % seulement. Au Zimbabwe, en 1988-89, l'écart entre la fécondité potentielle et la fécondité estimée est de 10,4 enfants, la contraception réduit la fécondité potentielle de 40 %, l'infécondabilité post-partum de 34 % et le mariage de 18 %. Au Kenya, entre les deux enquêtes EDS (1988-89 et 1993), l'effet réducteur de l'infécondabilité post-partum est passé de 34 à 32 % et celui de la contraception est passé de 24 à 30 %.

TABLEAU 5. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (ISF) ET EFFETS INHIBITEURS LIÉS AU MARIAGE (Cm) À LA CONTRACEPTION (Cc) ET À L'INFÉCONDABILITÉ POST-PARTUM (Ci)

Pays	ISF	Cm	Cc	Ci	Cm*Cc*Ci	ISF estimé ^a
Ouganda	7,2	91	96	63	55	8,4
Malawi	6,7	95	89	66	56	8,8
Liberia	6,6	93	94	59	52	8,0
Kenya (1)	6,5	86	76	66	43	6,6
Zambie	6,4	91	88	63	50	7,7
Ghana (1)	6,1	85	89	62	47	7,2
Tanzanie	6,2	93	89	63	52	8,0
Nigeria	5,9	83	95	60	47	7,2
Ghana (2)	5,5	nd	83	nd	nd	nd
Namibie	5,4	nd	75	nd	nd	nd
Kenya (2)	5,4	89	70	68	42	6,4
Zimbabwe (1)	5,3	82	60	66	32	4,9
Botswana	4,8	87	69	63	38	5,8
Zimbabwe (2)	4,4	nd	55	nd	nd	nd

Cm = ISF/ISFU ; Cc=1-1.08*u*e ; Ci =20/(18.5+i)

^a Estimation avec FT égale à 15,3 enfants.

(1) indique la première enquête EDS et (2) la deuxième.

Dans tous les pays, quelle que soit l'étape de la transition, l'effet de l'infécondabilité post-partum est important et explique au moins la

FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN AFRIQUE ANGLOPHONE

moitié de l'écart entre la fécondité observée et la fécondité potentielle. L'allaitement maternel, en tant qu'élément indispensable à la nutrition des enfants, continue de jouer un rôle crucial dans l'infécondabilité post-partum. La durée médiane d'allaitement, supérieure à 16 mois dans tous les pays (tableau 6), est suffisante pour entraîner une aménorrhée post-partum importante (Bongaarts, 1978 ; Bongaarts et Potter, 1983).

TABLEAU 6. COMPORTEMENTS POST-PARTUM

Pays	Allaitement			Abstinence post-partum		
	(durée médiane en mois)			(durée médiane en mois)		
	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural
Ouganda	18,7	14,6	19,1	6,4	3,0	5,9
Malawi	21,2	19,6	21,4	nd	nd	Nd
Liberia	16,2	13,5	18,8	8,3	6,5	10,5
Kenya (1)	19,5	17,8	19,9	10,9	3,4	11,7
Zambie	18,7	18,2	19,0	4,4	4,6	4,4
Ghana (1)	20,9	18,3	22,2	18,5	3,8	21,5
Tanzanie	21,6	21,0	21,7	6,5	9,2	6,1
Nigeria	19,5	15,3	20,4	10,8	11,6	10,6
Zimbabwe (1)	18,8	16,8	19,6	4,8	3,1	6,1
Namibie	17,3	12,9	18,5	6,0	5,6	6,2
Kenya (2)	21,1	19,6	21,5	3,0	2,1	3,1
Botswana	17,4	14,9	18,2	13,5	3,2	15,1

Source : Rapports nationaux.

(1) indique la première EDS et (2) la deuxième

Dans certains pays, l'infécondabilité post-partum est aussi influencée par l'abstinence post-partum. Au Ghana, en zone rurale, après la naissance d'un enfant, le couple reste au moins un an et demi sans avoir de rapports sexuels. Dans les zones rurales des autres pays, cette durée est inférieure à une année. Dans les milieux urbains, la durée d'abstinence est relativement faible et varie peu d'un pays à l'autre. Comparons les pays à fécondité élevée où l'infécondabilité post-partum explique plus des trois quarts de la réduction de l'indice synthétique de fécondité et les pays où la fécondité est contrôlée, le Botswana, le Zimbabwe et le Kenya, où l'infécondabilité post-partum explique moins des deux tiers de l'écart entre la fécondité totale et la fécondité observée tandis que la contraception explique presque le tiers ou plus de cet écart. On peut constater que, durant la transition de la fécondité, l'effet relatif de l'infécondabilité post-partum diminue ou

demeure constant au moment où celui de la contraception augmente. La relation entre ces deux effets sera examinée plus en détail dans la deuxième partie qui porte sur les caractéristiques de la transition au Kenya, au Zimbabwe et au Ghana.

Par ailleurs, comme le montrent la valeur des indices Cc et les niveaux de l'indice synthétique de fécondité, il n'existe pas une association claire entre contraception et fécondité. Un pays ayant une prévalence contraceptive plus élevée qu'un autre pays n'a pas nécessairement le niveau de fécondité le plus faible. C'est le cas du Kenya en 1988-89 qui, malgré un indice Cc de 76 %, avait un ISF de 6,6 enfants par femme, supérieur à celui du Nigeria (5,9) qui avait un indice Cc de 95 %. Cette situation est possible dans la mesure où d'autres déterminants proches peuvent neutraliser l'effet de la contraception. Dans le cas du Nigeria, la réduction de la fécondité est due essentiellement à l'infécondabilité post-partum et au mariage. L'infécondabilité post-partum, due à l'allaitement, et les différentes formes de mariage constituent, selon plusieurs auteurs, au début de la transition, les principaux facteurs d'hétérogénéité de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara (Page et Lesthaeghe, 1981 ; Loco, 1986 ; van de Walle et van de Walle, 1988). Comme le soulignent J. Bongaarts et O. Frank :

« Il n'y a pas de relation obligatoire entre les tendances de la fécondité et la prévalence contraceptive au début de la transition de la fécondité. Il est tout à fait possible que la fécondité demeure constante, ou même augmente temporairement, alors que l'utilisation de la contraception progresse, parce que d'autres déterminants proches, qui peuvent exercer en compensation un effet d'accroissement de la fécondité, sont associés aux niveaux élevés de prévalence contraceptive. » (Bongaarts et Frank, 1988, p. 2.1.10)³.

La relation négative entre la fécondité et la contraception est surtout significative à une étape plus avancée de la transition (Bongaarts et Frank, 1988 ; Freedman et Blanc, 1991 ; United Nations, 1987). Les situations du Zimbabwe en 1988 et 1994 et du Kenya en 1988-1989 et 1993 illustrent bien ce point de vue (figure 1).

³ Traduction des éditeurs.

Cependant, si nous appliquons les trois indices (Cm, Cc et Ci) à la fécondité potentielle théorique de 15,3, l'indice synthétique de fécondité estimé devient supérieur à celui calculé directement à partir des données dans la plupart des pays. Seul le Zimbabwe aurait un indice synthétique de fécondité estimé inférieur à l'indice synthétique de fécondité observé. Lorsque l'indice synthétique de fécondité estimé est supérieur à l'indice synthétique de fécondité observé, on peut supposer que d'autres facteurs, non inclus dans le modèle, contribueraient aussi à la réduction de la fécondité (Kouaouci, 1988 ; Mboup, 1992). En effet, la fécondité est également influencée par, d'un côté, la stérilité primaire et, de l'autre, les pratiques traditionnelles à l'égard de la formation des unions (la séparation temporaire des couples, la polygamie, les ruptures d'union, les naissances hors mariage, etc.) qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Dans les pays anglophones de l'Afrique de l'Ouest (Liberia, Ghana et Nigeria), les unions polygames sont plus répandues (avec une fréquence supérieure de plus du tiers) que dans les pays anglophones de l'Afrique de l'Est ou du Sud, à l'exception de l'Ouganda, où le niveau n'atteint pas 30 % (tableau 7). La stabilité des unions varie aussi considérablement d'un pays à l'autre ; c'est au Kenya qu'on observe le niveau le plus élevé de premières unions stables (84 % des premières unions n'ont jamais été rompues) alors que le niveau le plus faible est observé au Liberia (56 %). Cette diversité de la nuptialité a été soulignée par T. Locoh (1986) qui affirme que :

« Si l'entrée en union est décisive, les autres règles, coutumes et comportements matrimoniaux ont une influence importante sur la fécondité. Dans les pays sous-développés en général, le célibat féminin est négligeable et ce sont les modifications de parcours de la carrière matrimoniale, mobilité conjugale et (pour l'Afrique) polygamie, qui peuvent jouer le rôle le plus important. La différence d'âge entre les époux, la fréquence des ruptures d'union, les règles et les pratiques en matière de remariage, l'existence de la polygamie jouent des rôles parfois divergents sur la fécondité. » (Locoh, 1986, p. 214).

Par ailleurs, on peut également constater (tableau 7), qu'en Afrique subsaharienne, malgré la précocité des unions, le mariage ne constitue pas le cadre exclusif de l'activité sexuelle et partant de la procréation. Le pourcentage de femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels dépasse 40 % dans la plupart des pays, à l'exception du Zimbabwe (26 %), et atteint des proportions élevées au Kenya (63 %),

CHAPITRE 6

au Liberia (81 %) et au Botswana (85 %)⁴. Dans ces trois derniers pays, le pourcentage de mères célibataires est en effet très élevé (plus de 40 % au Liberia et au Kenya et plus de la moitié au Botswana). Dans tous ces pays, malgré le recul de l'âge au premier mariage, la majorité des femmes auront leur premier enfant avant d'atteindre l'âge de 20 ans. La sexualité prémaritale, non suivie par une utilisation de la contraception, constitue un autre élément susceptible de modifier la relation entre la fécondité et les variables intermédiaires, en particulier le mariage. Dans leur étude sur la fécondité des femmes du district d'Ekiti, au Sud du Nigeria, J. Caldwell, I. Orubuloye et P. Caldwell (1992) soulignent que, malgré les interdits traditionnels, la sexualité prémaritale est importante.

TABLEAU 7. MARIAGE ET ENTRÉE DANS LA VIE REPRODUCTIVE

Pays	En pourcentage				Âge médian (en années)		
	Célibataire	Union polygame	Première union stable	Rapport sexuels avant le mariage	Premier enfant avant le mariage	Premier mariage	Premier enfant
Ouganda	20	34	63	46	18	17,0	18,2
Malawi	16	21	nd	nd	nd	nd	nd
Liberia	21	38	56	81	41	17,2	19,4
Kenya (1)	26	23	84	52	28	18,1	18,6
Zambie	25	18	66	52	19	17,4	18,5
Ghana (1)	20	33	59	48	10	18,1	19,5
Tanzanie	25	28	68	44	21	17,9	18,8
Nigeria	17	41	80	41	5	16,9	19,7
Zimbabwe (1)	27	nd	74	26	12	18,6	19,5
Namibie	51	13	69	63	45	24,8	21,0
Botswana	53	nd	75	85	59	23,9	19,6

Source : Westoff C. F., Blanc A. K. et Nyblade L., 1994.

*: Rapport final du Malawi.

(1) indique la première EDS.

⁴ Plusieurs études ont toutefois indiqué que la définition du mariage utilisée dans les enquêtes n'est pas adaptée aux valeurs socio-culturelles du Botswana.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

Dans cette partie, nous allons examiner plus en détail la transition de la fécondité au Kenya, au Ghana et au Zimbabwe selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme. Parmi les pays ayant participé à la première phase des Enquêtes démographiques et de santé, certains ont bénéficié d'une deuxième enquête, notamment le Kenya (en 1993), le Zimbabwe (en 1994) et le Ghana (en 1993). En plus des deux enquêtes EDS, on dispose pour le Kenya et le Ghana, d'une autre enquête de fécondité réalisée antérieurement, dans le cadre du programme de l'Enquête mondiale de fécondité (EMF), en 1978 pour le Kenya (KFS) et en 1984 pour le Ghana (GFS), et pour le Zimbabwe on dispose d'une enquête sur la prévalence contraceptive réalisée en 1984 (ZRHS). La disponibilité de trois sources de données obtenues à des moments différents, sur une période suffisamment longue, devrait permettre, pour ces trois pays, une évaluation des variations des niveaux de fécondité dans la phase de début de transition.

Caractéristiques de la transition de la fécondité au Kenya

Au Kenya, la baisse de la fécondité entre l'enquête KFS (1978) et KDHS I (1989) estimée à 20 %, touche tous les groupes d'âges, bien qu'elle soit plus prononcée au stade le plus avancé de la reproduction (tableau 8). Elle concerne aussi bien les femmes instruites que celles n'ayant aucun niveau d'instruction, les villes et les zones rurales, et enfin, toutes les provinces à l'exception de celle de l'Ouest. Bien qu'elle soit quasi générale, elle ne présente pas la même intensité dans les différents groupes de population ; elle est plus importante chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire (20 % contre 12 % chez celles sans niveau d'instruction), chez les femmes urbaines (22 % contre 17 % chez les femmes rurales), et chez celles de la province du Centre (32 % contre moins de 25 % dans les autres provinces).

On note ainsi un élargissement des écarts de fécondité selon l'éducation et le milieu de résidence, malgré la généralisation de la transition. Quant aux provinces de résidence, l'écart entre la province du Centre et la ville de Nairobi se réduit alors que la province de l'Ouest s'éloigne davantage des autres avec un indice synthétique de fécondité stable. Cependant, l'enquête KDHS II (1993) indique que la

CHAPITRE 6

baisse de la fécondité a maintenant atteint cette province de l'Ouest qui a enregistré un déclin de 21 % entre les deux enquêtes EDS, le plus important après celui de la province du Centre (35 %) et de la ville de Nairobi (26 %). Par contre, la province de la Côte, qui avait enregistré, entre 1978 (KFS) et 1988-1989 (KDHS I), le déclin le plus important après le Centre, n'a presque pas connu de variation de fécondité entre 1988-1989 (KDHS I) et 1993 (KDHS II).

TABLEAU 8. ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET DES TAUX DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE AU KENYA

	KFS 1978, (1)	KDHS I 1988-89, (2)	KDHS II 1993, (3)	Baisse entre 2 enquêtes (en %)	
				(2)/(1)	(3)/(2)
<i>Résidence</i>					
Rural	8,4	7,1	5,8	-17	-18
Urbain	6,0	4,8	(3,4)	-22	-29
<i>Province</i>					
Nairobi	5,8	4,6	3,4	-22	-26
Central	8,5	6,0	3,9	-32	-35
Coast	6,9	5,5	5,3	-23	-4
Eastern	8,2	7,0	5,9	-16	-16
Nyanza	8,2	7,1	5,8	-13	-18
Rift Valley	8,8	7,0	5,7	-19	-19
Western	8,1	8,1	6,4	0	-21
<i>Instruction</i>					
Sans	8,2	7,2	6,0	-12	-17
Primaire incomplet	9,0	7,5	6,2	-16	-17
Primaire complet	7,9	6,5	5,0	-15	-23
Secondaire et +	6,0	4,9	4,0	-20	-18
Ensemble	8,1	6,7	5,4	-20	-19
<i>Âge</i>					
	Taux de fécondité pour 1000				
15-19	168	152	110	-10	-28
20-24	342	314	257	-8	-18
25-29	357	303	241	-15	-20
30-34	293	255	197	-13	-23
35-39	239	183	154	-23	-16
40-44	145	99	70	-32	-29
45-49	59	35	50	-41	+42

Source : a) Rapport du Kenya, KDHS I, 1989 ; b) Rapport final du Kenya, KDHS II, 1994.
() Nombre de cas compris entre 50 et 199

FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN AFRIQUE ANGLOPHONE

La comparaison des effets inhibiteurs de la contraception (Cc) et de l'infécondabilité post-partum (Ci) révèle deux situations particulières. Dans les groupes où la transition est bien avancée (à Nairobi, dans la région du Centre, chez les femmes ayant au moins terminé le cycle primaire ou résidant en milieu urbain) l'indice Cc est inférieur à l'indice Ci, ce qui indique que la réduction de la fécondité est due davantage à l'utilisation de la contraception qu'à l'infécondabilité post-partum (tableau 9). Par contre, dans les groupes où la transition n'est pas encore bien avancée, la réduction de la fécondité s'explique toujours par l'infécondabilité post-partum. Puisque ces derniers groupes sont majoritaires, la fécondité du Kenya demeure sous l'influence dominante de l'infécondabilité post-partum.

La généralisation de la transition se réalise dans un contexte où la mortalité infantile est presque identique en milieu rural et urbain (59 et 57 pour mille pour la période 1979-1989). Par ailleurs, presque les trois quarts des femmes du pays sont instruites. Malgré son faible niveau d'urbanisation (seulement 17 % de la population vivent en ville), le Kenya a opté pour le développement des zones rurales. Celles-ci, en termes de mortalité et d'éducation des femmes, sont économiquement et socialement plus avancées que beaucoup de villes africaines où les femmes sont peu instruites et où la probabilité de survie des enfants est très faible : ainsi, en milieu urbain ougandais, sur 1 000 enfants, 106 décèdent avant le premier anniversaire, et au Liberia seulement 54 % des femmes urbaines sont instruites.

Les données nationales du Kenya dissimulent, toutefois, les hauts niveaux de mortalité observés dans les provinces de la Côte et de Nyanza. Dans ces deux provinces, sur mille enfants, 90 décèdent avant le premier anniversaire (KDHS I). La deuxième enquête KDHS II indique que la mortalité infantile continue de croître dans la province de Nyanza où elle est estimée à 128 pour mille. En milieu rural, on observe également une légère augmentation de la mortalité infantile (de 59 pour mille à 65 pour mille). N'eût été sa baisse en milieu urbain (de 57 à 46 pour mille) et au Centre (37 à 30 pour mille), la mortalité aurait connu une augmentation au Kenya. Il serait intéressant d'identifier d'autres facteurs qui seraient, malgré cette stagnation ou cette augmentation de la mortalité, responsables de la poursuite de la transition de la fécondité au Kenya (voir Robinson, 1992).

CHAPITRE 6

TABLEAU 9. EFFETS INHIBITEURS DE LA CONTRACEPTION ET DE L'INFÉCONDABILITÉ POST-PARTUM AU KENYA

	Contraception (Cc)			Infécondabilité post-partum (Ci)		
	KFS 1978	KDHS I 1988-89	KDHS II 1993	KFS 1978	KDHS I 1988-89	KDHS II 1993
<i>Résidence</i>						
Rural	96	77	72	69	67	66
Urbain	89	71	59	64	84	84
<i>Province</i>						
Nairobi	85	69	58	69	72	87
Central	92	63	48	68	68	81
Coast	96	84	82	62	72	63
Eastern	94	66	65	64	72	64
Nyanza	97	88	78	64	67	69
Rift Valley	95	74	76	62	65	68
Western	97	88	78	67	66	65
<i>Instruction</i>						
Sans	96	84	82	61	63	64
Primaire incomplet	93	77	75	64	68	64
Primaire complet	90	73	68	69	70	74
Secondaire et +	83	63	53	70	74	79
Ensemble	95	76	70	64	66	68

Entre les enquêtes KFS (1978) et KDHS II (1993), la taille idéale de la famille a connu une baisse considérable, passant de 7,2 à 3,9, et la proportion de femmes ne voulant plus d'enfants a atteint plus du tiers (34 %). Grâce à l'efficacité de programmes de planification familiale, les besoins en matière de contraception pour la limitation des naissances ont été satisfaits à plus de 60 %. Le Kenya est le premier pays d'Afrique au Sud du Sahara à offrir des services organisés de planification familiale depuis 1955, le secteur public constituant la première source des méthodes de contraception (73 % en 1993, au moment de l'enquête KDHS II).

Caractéristiques de la transition de la fécondité au Zimbabwe

Dans le cas du Zimbabwe, entre les deux premières enquêtes (ZRHS de 1984 et ZDHS I de 1988-1989) on peut noter que la baisse

de la fécondité (de 6,5 à 5,5 enfants par femme, soit 15 %) est marquée par un accroissement de l'effet de la contraception. L'indice de contraception Cc est passé de 65 % à 58 % tandis que l'indice d'infécondabilité post-partum est passé de 68 % à 63 % (tableau 10). Ceci va dans le sens contraire du schéma qui considère une augmentation de l'indice Ci au moment où l'indice Cc diminue, parce qu'en effet, entre les deux enquêtes, l'allaitement a plutôt connu un accroissement.

L'accroissement de la contraception moderne entre les deux premières enquêtes (ZRHS et ZDHS), soit entre 1984 et 1988, concerne toutes les femmes et, à un degré plus prononcé, celles ayant un faible taux d'utilisation : il atteint 50 % chez les femmes non instruites (25 % en 1988 contre 17 % en 1984), et moins du tiers chez les femmes instruites. En milieu rural, on observe un accroissement de la contraception moderne de 55 %, pour un accroissement de 24 % en milieu urbain. L'accroissement de la prévalence des méthodes modernes de contraception est accompagné d'une réduction de l'utilisation des méthodes traditionnelles. Certaines utilisatrices de méthodes traditionnelles, dont la plupart ne sont pas instruites, ont opté finalement pour les méthodes modernes. Par contre, entre les deux dernières enquêtes ZDHS I et ZDHS II, soit entre 1988 et 1994, l'utilisation de la contraception moderne a peu varié : elle passe de 36 % à 42 %. D'après la valeur de l'indice Cc, la contraception n'explique qu'une baisse de 5 % de l'ISF. Or entre les deux enquêtes, nous avons une baisse de l'ISF de 19 %. Par conséquent d'autres déterminants proches, associés à l'entrée dans la vie reproductive ou à la période post-partum, pourraient être à l'origine de la poursuite de la baisse de la fécondité.

La transition de la fécondité au Zimbabwe se produit au moment où, aussi bien dans les villes que dans les zones rurales, le niveau d'instruction des femmes augmente et la mortalité continue de baisser. Au moment de l'enquête ZDHS I, la mortalité infantile est estimée à 38 pour mille en milieu urbain et 65 pour mille en milieu rural. La situation du Zimbabwe est différente de celle du Kenya de 1988-1989 où la variation de la mortalité selon le milieu de résidence était négligeable. Malgré la différence considérable entre ces deux milieux, la mortalité en milieu rural a atteint un niveau suffisant (inférieur à celui du milieu urbain des pays n'ayant pas connu de début de transition de la fécondité) pour créer des conditions favorables au changement d'attitudes et de comportements à l'égard de la

CHAPITRE 6

reproduction (Adamchak et Mbizwo, 1993). Dans le milieu rural du Zimbabwe, on note également une amélioration du statut de la femme par l'accroissement du niveau d'instruction : 83 % des femmes sont instruites, dont le quart jusqu'au niveau secondaire ; ce niveau est élevé, comparé à ceux d'autres pays d'Afrique comme le Liberia où à peine le quart des femmes sont instruites. Finalement, malgré son faible niveau d'urbanisation (seulement le tiers des femmes vivent dans les villes), le Zimbabwe a pu connaître un important changement socio-économique en améliorant les conditions de vie des populations rurales qui constituent les deux tiers de sa population.

TABLEAU 10 : ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (ISF), DES TAUX DE FÉCONDITÉ ET DES EFFETS INHIBITEURS DE LA CONTRACEPTION (Cc) ET DE L'INFÉCONDABILITÉ POST-PARTUM (Ci) AU ZIMBABWE

	ZRHS 1984	ZDHS I 1988	ZDHS II 1994	Baisse entre 2 enquêtes (en %)		Effets inhibiteurs		
	ISF a (1)	ISF a (2)	ISF b (3)	(2)/(1)	(3)/(2)	Ci ZDHS I	Cc ZDHS I	Cc ZDHS II
<i>Résidence</i>								
Rural		6,2	5,8		-18	63	64	59
Urbain		4,1	(3,4)		-29	71	50	46
<i>Instruction</i>								
Sans		7,0	6,0		-17	62	70	70
Primaire		6,0	5,0		-23	64	61	58
Secondaire et +		3,8	4,0		-18	66	47	46
Ensemble	6,5	5,5	5,4	-15	-19	63	58	55
<i>Âge</i>								
	Taux de fécondité pour 1 000							
15-19	131	103	103	-21	0			
20-24	289	247	213	-15	-14			
25-29	299	247	193	-17	-22			
30-34	263	219	169	-17	-23			
35-39	220	160	129	-27	-19			
40-44	92	86	53	-7	-38			
45-49	(11)	(36)	(18)	-	-			

Source : a) Rapport du Zimbabwe, ZDHS I, 1989 ; b) Rapport final du Zimbabwe, ZDHS II, 1995.

() cohortes incomplètes.

Par ailleurs, les résultats d'une enquête qualitative réalisée au Zimbabwe révèlent que les changements de comportement à l'égard

de la fécondité sont associés aux changements de perception vis à vis, d'une part, de l'accroissement du coût des enfants résultant, en particulier, de l'amélioration de leur éducation, et, d'autre part, de la diminution des bénéfices que les parents espèrent tirer de leurs enfants (Mhloyi, 1994, pp. 87-104). On assiste en effet à une baisse de la demande d'enfants qui atteint 5,3 au moment de l'enquête ZDHS I et à une augmentation des besoins en matière d'espacement et de limitation des naissances (respectivement 38 % et 28 %). Le développement de programmes de planning familial, en rendant plus facile l'accès aux services de planification familiale, a aussi contribué à la satisfaction des besoins de planification familiale à plus de 50 %.

Une reprise de la baisse de la fécondité au Ghana ?

Au Ghana, entre la première enquête de fécondité (1980) et la première enquête démographique et de santé (1988), le niveau de l'indice synthétique de fécondité est resté constant (6,4 enfants par femme) (tableau 11). Ce résultat venait infirmer le déclin de la fécondité révélé par la première enquête de 1980 et qui se serait produit dans les années 1970 (Cochrane et Farid, 1986 ; van de Walle et Foster, 1990). S. Cochrane et S. Farid (1986) affirmaient, comme E. Boserup (1985), que le Ghana offrait un bon exemple de déclin de fécondité et que les données de l'enquête de 1980 pouvaient être utilisées pour soutenir l'hypothèse d'une transition de la fécondité induite par la crise économique. La deuxième enquête EDS réalisée en 1993 indique une nouvelle baisse de la fécondité depuis 1988. Cette fois-ci, la baisse est révélée au moment où le Ghana est en pleine croissance économique et constitue un exemple pour la réussite des programmes d'ajustement structurel. En 1988, au moment de l'enquête GDHS I, la majorité des femmes âgées de 15-49 ans étaient instruites, en milieu urbain comme en milieu rural où plus des deux tiers avaient atteint le niveau secondaire. La mortalité infantile était aussi relativement faible (67 pour mille en milieu urbain et 87 pour mille en milieu rural).

La baisse de la fécondité est plus importante chez les femmes plus âgées où elle atteint 16 % à 35-44 ans. Chez les femmes de 15-19 ans, elle est moindre, et atteint 4 % ; mais elle touche 10 % ou plus de la population de tous les autres groupes d'âges. Cette baisse est soutenue par un accroissement de la contraception qui atteint une prévalence de 20 %, répartie équitablement entre les méthodes traditionnelles (50 %)

CHAPITRE 6

et les méthodes modernes (50 %). L'indice Cc est estimé à 83 % contre 93 % au moment de la première enquête, soit 11 % de variation, comparée à 14 % de réduction de l'indice synthétique de fécondité. L'accroissement de la prévalence dans les groupes d'âges où une baisse assez importante de la fécondité est observée montre que la transition de la fécondité est réellement amorcée au Ghana.

TABLEAU 11. ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (ISF), DES TAUX DE FÉCONDITÉ ET DES EFFETS INHIBITEURS DE LA CONTRACEPTION (Cc) ET DE L'INFÉCONDABILITÉ POST-PARTUM (Ci) AU GHANA

	ISF			Baisse entre 2		Effets inhibiteurs				
	GFS	GDHS I	GDHS	enquêtes		Cc			Ci	
	1980 a	1988 a	II 1993 b	(2)/(1)	(3)/(2)	(1)	(2)	(3)	(2)	(3)
<i>Résidence</i>										
Rural	6,7	6,9	6,4	+3	-	--	95	87	67	61
Urbain	6,0	5,3	4,0	-12	-	--	89	75	60	69
<i>Instruction</i>										
Sans	6,8	6,7	6,7	-1	=	--	95	93	57	59
Primaire	6,6	6,1	6,1	-8	=	--	93	80	62	64
Secondaire et +	5,4	5,5	4,3	+2	-22	--	89	68	66	64
Ensemble	6,4	6,4	5,5	=	-14	95	93	83	62	63
<i>Âge</i>	Taux de fécondité pour 1 000									
15-19	132	124	119	-6	-4					
20-24	257	258	231	=	-10					
25-29	266	278	244	+5	-12					
30-34	242	248	215	+2	-13					
35-39	169	195	163	+15	-16					
40-44	135	117	99	-13	-15					
45-49	50	60	29	+20	-52					

Source : a) Rapport final du Ghana, GDHS I, 1989 ; b) Rapport final du Ghana, GDHS II, 1994.

En Afrique de l'Ouest, le Ghana est, à l'heure actuelle, le pays où l'on trouve la prévalence de la contraception la plus forte. On y observe, en effet, une réduction de la taille idéale de la famille qui, entre 1988 et 1993, est passée de 5,3 à 4,4 enfants par femme. En outre, un tiers des femmes ne veulent plus avoir d'autres enfants et près de six femmes sur dix (59 %) souhaitent espacer ou limiter les naissances. Avec l'amélioration de l'efficacité des programmes de

planification familiale, on pourrait assister à une augmentation de la prévalence contraceptive car seulement 34 % des besoins en matière de planification familiale sont satisfaits.

La baisse de la fécondité concerne également le milieu rural où la prévalence atteint 15 % dont 50 % de méthodes modernes (7 %), soit la moitié de la prévalence du milieu urbain pour l'ensemble des méthodes comme pour les méthodes modernes. Entre les deux enquêtes, l'indice synthétique de fécondité a baissé de 7 % en milieu rural, essentiellement grâce à l'accroissement de l'utilisation de la contraception (l'indice Cc a connu en effet une baisse de 8 %).

Toutefois, la prévalence contraceptive demeure faible chez les femmes non instruites (8 % pour l'ensemble des méthodes dont 43 % de méthodes modernes). La variation de l'indice Cc est en effet trop faible pour entraîner une baisse de la fécondité chez ces femmes. Entre les deux enquêtes, l'indice synthétique de fécondité des femmes non instruites est resté constant (6,7 enfants par femme). Par contre, chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire, on observe une situation tout à fait différente. Malgré l'augmentation de la prévalence contraceptive entre les deux enquêtes démographiques et de santé (22 % contre 12 %), leur indice synthétique de fécondité n'a pas connu de variation (6,1 enfants par femme), alors que l'indice Cc calculé pour chacune des deux enquêtes indique que, sans l'intervention d'autres facteurs, il aurait diminué de 14 %. Par contre chez les femmes ayant dépassé le niveau primaire, on note une baisse significative, de 5,5 à 4,3 enfants par femme entre les deux enquêtes EDS. L'indice Cc calculé pour ces femmes indique que l'accroissement de la contraception a entraîné une baisse de fécondité de 24 %. Finalement, la baisse de la fécondité au Ghana s'est limitée aux seules femmes ayant atteint le niveau d'instruction secondaire, mais celles-ci représentent près de la moitié de l'ensemble des femmes de 15-49 ans (49 %).

SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

La baisse de la fécondité, révélée par les premières enquêtes démographiques et de santé réalisées au Botswana, au Zimbabwe et au Kenya, poursuit son processus, au moins dans les deux derniers pays où une deuxième enquête démographique et de santé a eu lieu.

CHAPITRE 6

Cette baisse, soutenue par un fort accroissement des taux de prévalence contraceptive, touche, à des degrés variés, toutes les générations féminines, les femmes urbaines comme les femmes rurales, et les femmes instruites comme celles qui ne le sont pas. Ces trois exemples nationaux et les variations observées à l'intérieur d'autres pays suffisent pour indiquer qu'en Afrique subsaharienne, s'il existe des facteurs de résistance, des forces de changement sont également à l'œuvre, ainsi que l'attestent également les besoins de planification familiale qui demeurent encore insatisfaits (tableau 12).

Les baisses enregistrées correspondent à de nouveaux schémas de transition, différents de ceux observés dans les pays occidentaux, d'Amérique Latine ou d'Asie (Caldwell *et al.*, 1992 ; van de Walle et Foster, 1990 ; Guzman, 1994 ; Cleland *et al.*, 1994). Bien qu'il soit difficile d'établir une relation de cause à effet entre ces baisses et des facteurs socio-économiques, culturels et politiques, on peut constater qu'elles sont apparues dans des pays ayant réalisé, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, un certain progrès dans l'amélioration des conditions de vie des populations comme dans la mise en œuvre de politiques et programmes de planification familiale.

TABLEAU 12. INDICATEURS DE FÉCONDITÉ DÉSIRÉE ET DE
PLANIFICATION FAMILIALE (PF) EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Pays	Nombre d'enfants désirés	Femmes ne voulant plus d'enfants (en %)	Besoins de PF satisfaits (en %)	Besoins de PF non satisfaits (en %)	Demande de PF satisfaite (en %)
Ouganda *	6,7	10	3	7	30
Malawi **	5,3	22	6	16	27
Liberia **	6,3	16	3	13	19
Kenya (1) *	4,7	34	18	16	53
Zambie **	6,2	18	06	12	33
Ghana (1) *	5,5	14	5	9	36
Tanzanie **	6,4	17	5	12	29
Nigéria **	6,2	12	3	9	25
Namibie **	5,7	26	18	8	69
Zimbabwe (1)*	5,3	28	16	12	57
Botswana *	5,4	23	15	8	65

Source : * : DHS, Comparative Studies n° 3 et 5 ; ** : Rapport national.
(1) indique la première EDS.

L'effet du changement socio-économique et culturel

Le développement économique et social d'un pays peut être appréhendé à travers la santé des enfants, voire le niveau de la mortalité, l'éducation des femmes, son produit intérieur brut, etc. Dans les trois pays (Botswana, Zimbabwe et Kenya) où la fécondité a connu une baisse, la mortalité infantile est inférieure à 60 pour mille (tableau 13). Dans la majorité des pays anglophones où la fécondité demeure élevée, la mortalité infantile reste également forte, supérieure à 100 pour mille, et le développement économique est insuffisant comme en témoignent les faibles niveaux de l'indice du développement humain (IDH) élaboré par le PNUD (1993)⁵. Le Botswana, avec la transition la plus avancée, a, en effet, l'indice du développement humain le plus élevé (0,552), suivi du Zimbabwe (0,398) et du Kenya (0,369). Par contre dans les autres pays, l'indice du développement humain n'atteint pas 0,300 (tableau 13). En fait, comme nous l'avons constaté dans tous ces pays, l'absence de transition de la fécondité au niveau national est accompagnée de taux élevés de fécondité dans les zones rurales où la mortalité des enfants est élevée et les femmes peu instruites. Dans les pays où la transition est quasi universelle, comme le milieu rural constitue plus des deux tiers de la population, il a joué un rôle central (une baisse de 1 % en milieu rural a une contribution équivalente à une baisse de 2 % ou plus en milieu urbain dans la diminution de la fécondité à l'échelle nationale). En l'absence d'une urbanisation rapide, ces pays ont opté pour le développement des zones rurales en améliorant les conditions sanitaires et en accroissant le niveau d'instruction des femmes. En considérant le niveau de mortalité et le niveau d'instruction comme des indicateurs de développement socio-économique, les zones rurales des pays ayant connu une transition significative seraient économiquement et socialement plus avancées que beaucoup de villes des autres pays africains où la fécondité demeure élevée.

La réduction des inégalités sociales pourrait, en effet, constituer une condition favorable à une transition rapide de la fécondité. Dans un contexte où le progrès économique touche toutes les régions, la baisse de la fécondité finit par se généraliser (Repetto, 1981 ; Rouyer, 1989). Par contre, dans les pays où les inégalités sociales sont importantes, les différences de fécondité sont considérables et le

⁵ Rappelons que l'IDH combine l'espérance de vie, le niveau de scolarisation et le produit intérieur brut réel par habitant.

CHAPITRE 6

déclin de la fécondité plus lent. C'est le cas du Mexique, où la baisse de la fécondité n'a pas suivi immédiatement la croissance économique (Repetto, 1981). En fait, l'inégalité économique et le haut degré de stratification sociale peuvent constituer des barrières à la diffusion non seulement de nouveaux modèles de fécondité mais aussi d'autres types de changement social (Mboup, 1992, p. 37).

TABLEAU 13. INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Pays	Femmes de 15 à 49 ans instruites (en %)			Mortalité des enfants avant l'âge de 5 ans (pour 1 000)			Femme en milieu urbain (en %) 15-49 ans	PIB réel par habitant Base 1990	IDH	
	Ens.	Urbain	Rural	Ens.	Urbain	Rural				
Malawi	1	49	56	47	136	118	138	12	640	0,168
	2	04	21	02	120	99	123			
Ouganda	1	52	48	53	106	103	107	12	524	0,194
	2	10	39	07	92	68	94			
Liberia	1	18	21	17	153	140	161	43	857	0,222
	2	19	33	08	91	89	93			
Nigeria	1	24	27	23	91	75	96	25	1215	0,246
	2	19	42	11	110	59	124			
Tanzanie	1	61	69	60	99	108	57	27	572	0,270
	2	05	10	02	60	97	61			
Namibie	1	48	34	57	62	63	61	38	1400	0,289
	2	37	57	25	32	25	36			
Ghana (1)	1	16	15	17	81	67	87	34	1016	0,311
	2	44	58	37	79	69	83			
Kenya (1)	1	54	46	56	59	57	59	17	1058	0,369
	2	20	41	16	34	34	34			
Zambie	1	60	55	65	98	78	116	52	744	0,314
	2	24	38	09	88	79	97			
Kenya (2)	1	58	46	60	63	46	65	18	1058	0,369
	2	25	46	20	33	31	33			
Zimbabwe (1)	1	56	43	63	57	38	65	34	1484	0,398
	2	31	51	20	31	18	36			
Botswana	1	50	51	50	40	39	40	30	3419	0,552
	2	26	36	22	17	18	17			

Source : Rapports nationaux ; PIB et IDH : PNUD, 1993.

Éducation : 1 : Primaire et 2 : Secondaire et + ; Mortalité : 1 : Infantile et 2 : Juvénile

(1) indique la première EDS, et (2) la deuxième.

Cette évolution remettra-t-elle au premier plan la théorie du développement rural qui postule que le comportement en matière de fécondité ne connaîtra des changements que lorsque le développement aura significativement modifié les conditions de vie des populations rurales ? (Kocher, 1973 ; McNicoll et Cain, 1989). La baisse de la mortalité et le progrès de l'éducation sont parmi les composantes de ce développement rural. Dans ce nouvel environnement social, la valeur nette des enfants sera moins importante en raison de l'augmentation de leurs coûts, accompagnée de la diminution de leur participation à la production familiale et à la relève des parents. Ces changements entraîneront des modifications de la nuptialité, par l'augmentation de l'âge au premier mariage, et de l'espacement et de la limitation des naissances, par l'utilisation de la contraception moderne.

Toutefois, la mortalité et l'éducation ne sauraient être les seuls facteurs conditionnant la transition de la fécondité. En réalité, au Botswana et au Zimbabwe la baisse de la fécondité est intervenue à un moment où la mortalité continuait de baisser, alors qu'au Kenya, la mortalité infantile, bien que relativement faible (comparativement aux autres pays d'Afrique au Sud du Sahara), est restée presque inchangée dans les dix années ayant précédé la première enquête démographique et de santé (KDHS, 1988-89) et a même commencé à augmenter en milieu rural et dans certaines provinces. Dans ce pays on assiste, dans le secteur de la santé, à un désengagement des organismes internationaux qui pourrait être à la source de cette augmentation des niveaux de mortalité. Il serait intéressant d'examiner d'autres facteurs qui seraient, malgré cette stagnation ou augmentation de la mortalité, responsables de la poursuite de cette transition de la fécondité.

Cette diversité des schémas de transition indique que l'association entre la mortalité et la fécondité n'est pas linéaire ; elle s'effectue dans un cadre multidimensionnel où interviennent des facteurs d'ordre socio-économique, culturel, politique et historique (McNicoll, 1980). L'absence de synchronisation entre ces deux variables démographiques trouve, en partie, son explication dans l'extériorité des facteurs de déclin de la mortalité, produits de transferts de technologie médicale Nord-Sud dans la plupart des pays africains. Le caractère exogène de ces facteurs pourrait, par ailleurs, rendre vulnérables ou instables les schémas de transition si ceux-ci ne sont pas soutenus par de profondes transformations structurelles capables d'engendrer un changement de comportement des couples à l'égard de la reproduction. Les niveaux élevés de fécondité constituent, en

Afrique au Sud du Sahara, une réponse aux besoins de survie des populations ; leur baisse dépendrait en fait de profonds changements des conditions de production et de reproduction (Handwerker, 1986 ; Greenhalgh, 1988). La diversité des transitions traduira la diversité des formes d'organisation sociale, diversité résultant largement de l'histoire spécifique de chaque société.

Ces formes d'organisation pourraient être influencées par les efforts des gouvernements à soutenir, par le biais de politiques et programmes de population, les changements de perception des populations à l'égard de la taille de la famille, de l'utilisation de la contraception, etc.

Le rôle des programmes de planification familiale

Parmi les pays d'Afrique au Sud du Sahara, seul le Botswana a un puissant programme de planification familiale ; le Zimbabwe, le Kenya, le Ghana et la Zambie ont des programmes modérés ; les autres pays ont des programmes faibles ou très faibles, ou n'ont pas de programme du tout (Mauldin et Ross, 1991 ; Bertrand, 1993).

Au Botswana, le gouvernement a adopté en 1970, soit bien avant la conférence de Bucarest de 1974, une politique favorable au développement des programmes de planification familiale (Bertrand, 1993). Au début, les services de planification familiale étaient intégrés aux services de santé maternelle et infantile et, en 1974, un programme national de planification familiale est mis sur pied dans le cadre du Ministère de la Santé. Ainsi, quelques années plus tard, le secteur public procure 96 % des services de planification familiale (Botswana, 1989).

Le Zimbabwe et le Kenya ont également connu une forte implication du gouvernement dans la définition et le soutien des programmes de planification familiale. Au Zimbabwe, le gouvernement a commencé à encourager les programmes de planification familiale bien avant l'indépendance. Dans les années 1970, les établissements de santé publics, privés et les missions religieuses dispensaient des informations sur le planification familiale (Bertrand, 1993). Après l'indépendance, en 1981, le Ministère de la Santé avait la responsabilité d'administrer les activités de planification familiale comme partie de son programme d'espacement des

naissances. A l'heure actuelle, l'offre des services de planification familiale est coordonnée par le Conseil national de planification familiale et trois quarts des utilisatrices reçoivent leurs services des branches municipales ou nationales des programmes publics, incluant le programme de distribution à base communautaire (Zimbabwe, 1989).

Le Kenya a été le premier pays d'Afrique au Sud du Sahara à offrir, en 1955, des services organisés de planification familiale. Les performances actuelles des programmes de planification familiale kenyans sont le résultat de plus d'un quart de siècle d'expériences, restées longtemps sans succès. Les changements de perception à l'égard de la famille ont effectivement été lents à se dessiner et l'utilisation de la contraception est longtemps demeurée faible, s'établissant par exemple à 6 % en 1978 (Kenya, 1978) ; cette inefficacité des programmes de planification familiale, combinée à d'autres facteurs, explique certainement le décalage temporel entre la baisse de la mortalité et celle de la fécondité. Les programmes de planification familiale, soutenus dans leur début par une campagne de publicité agressive par le biais des médias (radio, cinémas, affiches), la vente de condoms dans les boutiques villageoises, un programme de distribution à base communautaire, etc., ont progressivement été évalués et améliorés : les établissements de santé sont devenus plus efficaces dans la distribution des méthodes de contraception, la qualité des services a progressé et les sources de méthodes de contraception se sont diversifiées (Bertrand, 1993), bien que le secteur public demeure le principal fournisseur des moyens de contraception auquel ont recours 67 % des utilisatrices (Kenya, 1990).

A l'opposé du Botswana, du Zimbabwe et du Kenya, le Ghana, bien qu'il ait été l'un des premiers pays à soutenir les programmes de planification familiale, n'a pas connu un développement rapide de ses programmes. Sa politique de population a été promulguée en 1969 et le programme national de planification familiale fut établi un an après. Plusieurs projets de population furent développés dans ce pays : le projet post-partum, initié en 1966 par le Population Council et l'USAID, le projet « Danfa Comprehensive Rural Health and Family Planning » (1969-79), le projet du Marketing social (1970-71), etc. Malgré tous ces efforts, le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception est demeuré toujours faible. Des difficultés économiques et politiques persistantes, voire la détérioration économique connue depuis les années 1970, entraînant moins

d'investissement dans les services de santé, peuvent expliquer cette situation. Cependant, depuis 1985, grâce à l'amélioration de la situation économique, le pays enregistre certains signes d'engagement du secteur public à l'égard des programmes de planification familiale. Un plan à court terme de santé primaire accorde la priorité aux services de planification familiale et de santé maternelle et infantile. Les deux enquêtes démographiques et de santé indiquent qu'un peu plus du tiers des utilisatrices ont recours au service public, six femmes sur dix obtenant leur moyen de contraception du secteur privé (1994).

CONCLUSION

La baisse de la fécondité dans certains pays anglophones d'Afrique au Sud du Sahara est intervenue à la suite, d'une part, de changements socio-économiques et culturels capables de susciter une baisse de la demande d'enfants, voire l'augmentation des besoins en matière de planification familiale, d'autre part, de la présence de programmes de planification familiale efficaces, soutenus par les gouvernements, qui ont pu assurer l'offre de méthodes modernes de contraception et, partant, contribuer à la réalisation des aspirations à une famille réduite.

La situation dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne est tout à fait différente de celle des pays où une transition est observée : la mortalité est élevée, l'éducation des femmes est faible et l'effort des gouvernements pour le soutien des programmes de planification familiale reste très limité. A l'heure actuelle, ces pays commencent, au moment où l'environnement socio-économique se détériore, à accorder une place importante à la définition des politiques de population et à la gestion des programmes de planification familiale. Certaines études soutiennent que l'appauvrissement des populations va créer des conditions favorables à la diffusion de la planification familiale. Elles supposent que, face à la réduction des perspectives d'avenir des jeunes et au déclin des opportunités des générations adultes notamment, les familles vont accepter massivement la planification familiale (Philips *et al.*, 1988 ; Lesthaeghe, 1989).

Mais, comme le soulignent les approches institutionnelles, le succès des programmes de planification familiale dépend de la confiance que les populations portent à leurs États. Dans une situation

d'insécurité socio-économique, les populations pourraient avoir tendance à maximiser leur fécondité (Casterline, 1989 ; McNicoll, 1989 ; McNicoll et Cain, 1990). D'après les expériences du Botswana, du Zimbabwe et du Kenya, l'amélioration significative des conditions de vie des populations, surtout du milieu rural, expliquerait, dans une grande mesure, le succès de la diffusion de nouvelles idées par le biais des programmes de planification familiale. Toutefois, l'amélioration des programmes de planification familiale pourrait également contribuer à l'accroissement de la satisfaction des besoins de planification familiale déjà exprimés dans les pays à faible prévalence contraceptive. Dans ces pays, moins du tiers des besoins de planification familiale pour la limitation des naissances sont satisfaits (tableau 12). L'accroissement de la demande de planification familiale serait, cependant, plus difficile à réaliser dans la mesure où, pour la plupart de ces pays, la majorité des femmes désirent avoir une famille nombreuse, de 6 enfants ou plus.

Références bibliographiques

- ADAMCHAK D. J. et MBIZWO M. T., 1993, « Structural and Attitudinal Change : Fertility Decline in Zimbabwe », *Genus*, IL (3-4), pp. 101-113.
- ARNOLD F. et BLANC A. K., 1990, *Fertility Levels and Trends*, DHS Comparatives Studies 2, Columbia, MD : IRD/Macro Systems, Inc..
- BERTRAND J. (éd.), 1993. *Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington D.C., 252 p.
- BLANC A. K. et RUTSTEIN S. O., 1994, « The Demographic Transition in Southern Africa : Yet Another Look at the Evidence from Botswana and Zimbabwe », *Population and Development Review*, 20 (2), pp. 209-215.
- BONGAARTS J., 1978, « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, 4 (1), pp. 105-132.

- BONGAARTS J., 1982, « The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables », *Studies in Family Planning*, 12, pp. 78-102.
- BONGAARTS J. et POTTER R. G., 1983, *Fertility, Biology and Behavior: An analysis of the Proximate determinants*, Academic Press, New York.
- BONGAARTS J. et FRANK O., 1988, « Biological and behavioral determinants of exceptional fertility levels in Africa and West Asia », in UIESP, *Congrès africain de population*, Dakar. Vol 1, pp. 2.1.1-2.1.12.
- BOSERUP E., 1985, « Economic and demographic interrelationships in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 11 (3), pp.383-397.
- BRASS W. et JOLLY C. L., ed. (Working Group on Kenya), 1993. *Population Dynamics of Kenya*. National Academic Press. Washington, D.C., 183 p.
- CALDWELL J.C., 1982, *Theory of Fertility Decline*. Academic Press, London.
- CALDWELL J.C., ORUBULOYE I. O. et CALDWELL P., 1992, « Fertility Decline in Africa. A New Type of Transition », *Population and Development Review*, 18 (2), pp. 211-242.
- CASTERLINE J.B., 1989, « The State, Social Stratification and Fertility Transition », in Congrès International de la Population, UIESP, New Delhi, vol. 1, pp. 309-314.
- CLELAND J. et HOBBCRAFT J. (éds.), 1985. *Reproductive change in Developing Countries: Insights from the WFS*. Oxford University Press.
- 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. (éds.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*. Derouaux Ordina Editions, Liège, pp. 1-20.
- COCHRANE S.H. ET FARID S.M., 1986, *Fertility in Sub-Saharan Africa: Levels and their Explanation*, PHN Technical Note 85-13, Population, Health and Nutrition Department, World Bank, Washington D.C..
- EASTERLIN R. A., 1983, « Modernization and fertility: A Critical Essay », in Bulatao R. A. et Lee R. D. (éds.), *Determinants of*

FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN AFRIQUE ANGLOPHONE

Fertility in Developing Countries, Volume 2, Academic Press, New York.

EASTERLIN R. A. et CRIMMINS E. M., 1985, *The fertility revolution. A supply-demand analysis*, The University of Chicago Press, Chicago and London.

FOLBRE N., 1983, « Of Patriarchy Born : The Political Economy of Fertility Decisions », *Feminist Studies*, 9 (2), pp. 261-283.

FOLBRE N., 1991, « Women on their own : global patterns of female headship », in GALLIN R.S. et FERGUNSON A. (éds.), *The Women and International Development Annual*, vol. 2, West View Press Boulder, Colorado.

FOOTE K. A., HILL K. H. AND MARTIN L.G. (éds), 1993, *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*. National Academy Press, Washington D.C., 379 p.

FREEDMAN R. et BLANC A. K., 1991, *Fertility Transition : An Update*, paper prepared for presentation at the Demographic and Health Surveys World Conference, August 5-7, 1991, Washington, D.C.

FREEDMAN R. et BLANC A. K., 1992, « Fertility Transition : An Update », *International Family Planning Perspectives*, 18, pp. 44-50, 72.

GREENHALGH S., 1988, « Fertility as Mobility : Sinic Transitions », *Population and Development Review*, 16 (1), pp. 85-106.

GREGORY J. et PICHE V., 1985, « Mode de reproduction et régime démographique », *Revue canadienne des études africaines*, 19 (1), pp. 73-79.

GUZMAN J.M., 1994, « The Onset of Fertility Decline in Latin America », in LOCOH T. et HERTRICH V. (éds.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*. Derouaux Ordina Editions, Liège, pp. 43-67.

HANDWERKER W. P., 1986, « The Modern Demographic Transition : An Analysis of Subsistence Choices and Reproductive Consequences », *American Anthropologist*, 88, pp. 400-417.

KOCHER J. E., 1973, *Rural Development, Income Distribution and Fertility Decline*, Population Council, New York.

- KOUAOUICI A., 1988, « Fécondité au Nord du Sahara : une application du modèle de Bongaarts », in UIESP, *Congrès africain de population*, vol. 1, Dakar, pp. 2.1.31-52.
- LESTHAEGHE R. (éd.), 1989, *Reproductive and social organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press.
- LOCOH T., 1986 « La fécondité dans les changements et transitions démographiques », in *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Collection Colloques et Séminaires, Éditions de l'ORSTOM, Paris, pp. 205-233.
- LOCOH T., 1988, « Structures familiales et changements sociaux », in TABUTIN D. (éd.), *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris, pp. 441-478.
- MAULDIN W. P. et ROSS J. A., 1991, « Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-1989 », *Studies in Family Planning*, 22 (6), pp. 350-367.
- MBOUP G., 1992. *Étude des déterminants socio-économiques et culturels de la fécondité au Sénégal à partir de l'Enquête sénégalaise de fécondité (ESF, 1978) et l'enquête démographique et de santé (1986)*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- MCNICOLL G., 1980, « Institutional Determinants of Fertility Change », *Population and Development Review*, 6 (3), pp. 441-462.
- MCNICOLL G. et CAIN M., 1989, « Rural Development and Population. Institutions and Policy », *Population and Development Review. A supplement to vol.15*.
- MHLOYI M., 1994, « Fertility transition in Zimbabwe », in LOCOH T. et HERTRICH V. (éds.), *The onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa*, Derouaux Ordina Editions. Liège, pp. 87-104.
- OPPONG C., 1983, « Women's role, opportunity costs, and fertility », in BULATAO R. et LEE R. (éds.) *Determinants of fertility in developing countries, Volume 1, Supply and demand for children*, Academic Press, New York, pp. 547-589.
- PAGE H. J. et LESTHAEGHE R. (éds.), 1981, *Child-spacing in Tropical Africa: Traditions and Change*, London Academic Press, Londres.

FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN AFRIQUE ANGLOPHONE

- PHILIPS J.F., SOMMONS R. *et al.*, 1988, « Determinants of Reproductive Change in a Traditional Society : Evidence from Matlab, Bangladesh », *Studies in Family Planning*, vol. 19 (6), pp. 313-334.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT, 1993, *Rapport mondial sur le développement humain 1993*, Economica, Paris.
- REPETTO R., 1981, « The effects of income distribution on fertility in developing countries », in EBERSTADT N. (éd.), *Fertility Decline in the Less Developed Countries*, Praeger Special Studies, New York, pp. 254-273.
- ROBINSON C.W., 1992, « Kenya Enters the Fertility Transition », *Population Studies*, 46 (3), pp. 445-457.
- ROUYER A.R., 1989, « The State and Fertility Decline in Low-Income Countries », in UIESP, *Congrès international de la population*, New Dehli, Vol. 1, pp. 201-214.
- RUTEMBERG N. et DIAMOND I., 1993, « Fertility in Botswana : The recent decline and future prospects », *Demography*, 30 (2), pp. 143-157.
- RUTSTEIN S. O. et Bicego G., 1990, *An Assessment of DHS-I Data Quality*, DHS Methodological Report 1, Columbia, Maryland: Institute for Ressource Development/Macro Systems, Inc..
- THOMAS D. et MUVANDI I., 1994, « The Demographic Transition in Southern Africa : Another Look at the Evidence from Botswana and Zimbabwe », *Population and Development Review*, 20 (2), pp.185-207.
- UNITED NATIONS, 1987, *Fertility Behaviour in the context of development. Evidence from the World Fertility Survey*,. ST/ESA/SER.A/100, Department of International Economic and Social Affairs, New York.
- VAN DE WALLE E. et FOSTER A., 1990, *Fertility Decline in Africa : Assessment and Prospects*, World Bank, Washington D.C..
- VAN DE WALLE E. et VAN DE WALLE F., 1988, « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité », in TABUTIN D. (éd.), *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*. L'Harmattan, Paris, pp. 141-166.

CHAPITRE 6

- WESTOFF C. F., 1991, *Reproductive Preferences : A Comparative View*, DHS Comparative Studies 3, Institute for Resource Development/Macro International, Inc. Columbia, Maryland.
- WESTOFF C. F. et OCHOA L. H., 1991, *Unmet Need and the Demand for Family Planning*, DHS Comparatives Studies 5, Institute for Resource Development/Macro International, Inc. Columbia, Maryland.
- WESTOFF C. F., BLANC A. K. et NYBLADE L., 1994, *Marriage and Entry into Parenthood*, DHS Comparative Studies 10, Macro International, Inc. Calverton, Maryland.

CHAPITRE 7

PLANIFICATION FAMILIALE ET FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE FRANCOPHONE

Mburano RWENGE

chercheur à l'IFORD¹

INTRODUCTION

Le continent africain se distingue d'un point de vue démographique du reste du monde par une fécondité très élevée, une mortalité en baisse mais qui reste la plus élevée, une croissance démographique sans précédent et une concentration des pays les plus démunis de la planète.

Dix ans après la Conférence de Bucarest, la position des pays africains vis-à-vis de la planification familiale a radicalement changé. L'Afrique s'est présentée unie à celle de Mexico, en 1984, défendant une position commune et relativement bien documentée en matière de population. Bon nombre de pays africains ont, à l'issue de cette conférence, opté pour la mise en place d'une politique de réduction de la fécondité et cette option a été suivie par une montée en puissance des programmes de planification familiale.

Cependant, on constate une certaine lenteur des progrès au début de ces programmes, surtout en Afrique subsaharienne francophone. En effet, contrairement à certains pays d'Afrique anglophone au sud du Sahara et aux pays d'Afrique du Nord, arabophones, les enquêtes

¹ Institut de formation et de recherche démographiques, Yaoundé, Cameroun.

réalisées en Afrique, dans le cadre du programme d'enquête mondiale sur la fécondité (EMF) et de la première phase des enquêtes démographiques et de santé (EDS), ont mis en évidence un niveau très faible de la prévalence de la contraception moderne dans tous les pays d'Afrique subsaharienne d'expression française. Les données les plus récentes, issues des phases suivantes des enquêtes démographiques et de santé, dégagent la même tendance, à savoir une faible prévalence contraceptive en Afrique subsaharienne francophone, avec une stabilité ou une baisse de la fécondité qui masque des diversités entre pays ou entre couches sociales. Dans le même temps, ces enquêtes confirment la croissance de la pratique de la contraception en Afrique du Nord et dans quelques pays anglophones, notamment le Kenya, le Zimbabwe, le Botswana et même le Ghana.

Après avoir rapidement présenté la réussite des pays anglophones déjà cités, ce chapitre analyse l'évolution de la fécondité et de la pratique contraceptive dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne, en dégagant les diversités entre pays et en étudiant les variations de la fécondité et de la prévalence de la contraception moderne selon quelques facteurs socio-économiques, notamment le secteur de résidence et le niveau d'instruction. Il montre ensuite les limites de la baisse de la fécondité et des progrès de la prévalence contraceptive, et propose enfin des voies de réorientation susceptibles d'améliorer l'efficacité des programmes de planification familiale en Afrique subsaharienne francophone.

PRATIQUE CONTRACEPTIVE ET FÉCONDITÉ DANS LES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Tendances de la pratique contraceptive et de la fécondité

Dans l'étude de la fécondité en Afrique, les connaissances avancent par paliers, marqués le plus souvent par des programmes d'enquêtes qui touchent une série des pays. Trente ans après les indépendances des pays africains, la masse d'informations, les unes peu connues ou confinées à des cercles restreints, les autres très largement diffusées, ne donnent pas encore une vision d'ensemble de l'évolution démographique du continent. Les principales sources des données

utilisées ici sont les recensements et les enquêtes des programmes EMF et EDS.

Bien que depuis 1988 la presque totalité des pays africains aient autorisé l'accès aux méthodes contraceptives modernes (Chamie, 1988), l'Afrique subsaharienne francophone demeure, d'une manière générale, un lieu où les couples recourent très faiblement à ces méthodes et où, par conséquent, le niveau de fécondité est le plus élevé au monde.

Les données issues des enquêtes démographiques et de santé indiquent un niveau élevé d'utilisation des méthodes contraceptives modernes² dans quelques pays anglophones d'Afrique subsaharienne, consécutif à une forte augmentation, récente ou plus ancienne, de la pratique contraceptive comme au Botswana (31,7 % en 1987), au Ghana (5,2 % en 1988 et 10 % en 1994), au Kenya (17,9 % en 1987 et 27,3 % en 1994) et au Zimbabwe (36,2 % en 1987 et 42,2 % en 1994). Par contre, la pratique de la contraception reste faible dans les pays francophones, à l'exception du Rwanda (1,0 % en 1983 et 12,9 % en 1992) en Afrique de l'Est : Burkina Faso (4,2 % en 1993), Burundi (1 % en 1977 et 1,2 % en 1987), Cameroun (1 % en 1978 et 4,3 % en 1991), Côte d'Ivoire (1 % en 1980-81 et 4,3 % en 1994), Madagascar (5,1 % en 1992), Mali (1,3 % en 1987 et 4,5 % en 1995-96), République centrafricaine (3,2 % en 1994-95), Sénégal (1 % en 1978 et 4,8 % en 1992-93) et Togo (3,1 % en 1988) (tableaux 1 et 2). Dans la plupart de ces pays, la prévalence contraceptive augmente peu en moyenne annuelle et demeure inférieure à 5 %. A l'exception du Togo, où il atteint 30,8 %, le recours aux méthodes traditionnelles de contraception est aussi relativement restreint dans ces pays. Dans quelques pays d'Afrique Centrale et d'Afrique de l'Est, notamment au Cameroun, en RCA et à Madagascar, ce recours dépasse 10 %. Par contre, en Afrique de l'Ouest, il est inférieur à cette fréquence et ne dépasse 5 % que dans deux pays côtiers, la Côte d'Ivoire et le Bénin. Les femmes interrogées dans le cadre des enquêtes démographiques et de santé qui n'utilisent pas la contraception citent surtout le désir d'enfant, la faible fertilité du couple, le manque d'informations, la religion et l'opposition à la planification familiale (tableau 3).

² Les méthodes contraceptives modernes comprennent la pilule, le stérilet ou le DIU, les injections, les méthodes vaginales (spermicides, diaphragme, mousses et gelées), le condom, la stérilisation masculine, la stérilisation féminine ainsi que les implants (Norplant). La continence périodique ne fait pas partie de ces méthodes.

CHAPITRE 7

**TABLEAU 1. ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DES MÉTHODES
CONTRACEPTIVES PAR LES FEMMES MARIÉES DANS LES PAYS
FRANCOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET DANS QUELQUES
PAYS ANGLOPHONES DE CETTE RÉGION**

Pays	Taux de prévalence contraceptive (en %)				Croissance annuelle de la prévalence (en %)	
	Périodes	Moderne	Tradi- tionnelle	Ensemble	Périodes	Toutes méthodes
Anglophones						
Botswana	1988	31,7	1,3	33,0	1984-88	1,2
Kenya	1993	27,3	5,5	32,8	1984-93	1,8
Zimbabwe	1994	42,2	5,9	48,1	1984-94	1,2
Ghana	1993-94	10,0	3,0	13,0	1979-94	0,5
Namibie	1992	26,0	2,9	28,9	-	-
Francophones						
<i>Afrique Centrale</i>						
Cameroun	1991	4,3	12,0	16,3	1978-91	1,0
RCA	1994-95	3,2	11,6	14,8	-	-
Zaïre	1991	2,3	6,0	8,3	-	-
<i>Afrique de l'Est</i>						
Burundi	1987	1,2	7,5	8,7	-	-
Madagascar	1992	5,7	11,6	17,3	1984-92	0,7
Rwanda	1992	12,9	8,3	21,2	1983-92	1,3
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
Bénin	1981-82	0,5	8,5	9,0	-	-
Burkina Faso	1993	4,2	3,7	7,9	-	-
Côte d'Ivoire	1994	4,3	7,1	11,4	1980-94	0,9
Mali	1995-96	4,5	2,7	7,2	1987-96	0,2
Niger	1992	2,3	2,1	4,4	1986-93	0,0
Sénégal	1992-93	4,8	2,6	7,4	1986-93	0,0
Togo	1988	3,1	30,8	33,9	-	-

Sources : United Nations, 1994 et rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé.

PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE FRANCOPHONE

TABLEAU 2. ÉVOLUTION DE L'UTILISATION DES MÉTHODES MODERNES DE CONTRACEPTION PAR LES FEMMES MARIÉES DANS QUELQUES PAYS FRANCOPHONES ET ANGLOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Pays	Périodes	Pourcentage de femmes mariées utilisant la contraception moderne
Pays francophones		
Cameroun	1978	1,0
	1991	4,3
Côte d'Ivoire	1980-81	1,0
	1994	4,3
Mali	1987	1,3
	1995-96	4,5
Rwanda	1983	1,0
	1992	12,9
Burundi	1977	1,0
	1987	1,2
Sénégal	1978	1,0
	1986	2,4
	1992-93	4,8
Pays anglophones		
Botswana	1984	18,6
	1988	31,7
Ghana	1979-80	3,3
	1988	5,2
	1993-94	10,0
Kenya	1977-78	4,3
	1988	17,9
	1993	27,3
Zimbabwe	1987	36,1
	1994	42,2

Sources : Rapports nationaux des enquêtes mondiales sur la fécondité et des enquêtes démographiques et de santé ; Burundi (1977).

CHAPITRE 7

TABLEAU 3. RAISONS DE LA NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION DANS QUELQUES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE FRANCOPHONE AYANT PARTICIPÉ AU PROGRAMME EDS*

Raisons évoquées	Cameroun	Sénégal	Togo	Burkina Faso	Rwanda	Mali
Veut des enfants	64,1	50,0	35,4	40,5	35,7	10,9
Allaité	-	4,0	0,7	-	-	1,6
Effets secondaires	1,3	3,1	-	1,2	7,3	-
Problèmes pour la santé	1,2	3,1	8,8	1,2	4,0	3,8
Manque d'informations	3,6	-	21,7	17,4	3,2	39,6
Difficile à obtenir	2,1	11,7	1,5	1,1	0,2	1,9
Prix	0,6	0,4	2,5	1,0	0,1	-
Religion	3,1	-	3,0	1,6	2,4	8,3
Fataliste	3,7	7,9	-	2,4	5,0	-
Opposée au planning familial	1,4	-	8,0	1,7	0,1	10,4
Partenaire s'y oppose	1,1	-	-	2,0	2,6	-
Autre personne désapprouve	0,2	3,1	-	0,2	0,4	-
Polygamie, absence mari	-	-	-	-	-	-
Rapports sexuels peu fréquents	0,7	5,1	-	3,7	2,9	3,0
Difficultés à tomber enceinte	6,3	-	-	6,8	8,5	-
Ménopause	7,4	-	-	10,0	21,0	2,4
Utilisation peu pratique	0,5	1,6	-	0,8	1,6	-
Peur d'être mal jugée	-	-	-	-	-	1,7
Autres raisons	0,4	-	10,0	1,5	3,2	12,3
Sans objet	-	8,4	7,9	-	0,2	-
Indécise	-	-	-	-	-	3,9
Ne sait pas	2,3	4,1	-	7,0	1,3	-
Non déclarée	-	-	0,5	-	0,2	0,2
Total	100	100	100	100	100	100
Effectif	1 723	681	1 091	2 162	1 072	1 018

Sources : Rapports nationaux des enquêtes mondiales sur la fécondité et des enquêtes démographiques et de santé

* Répartition (en %) de l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans n'utilisant pas de méthode et n'ayant pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir.

Compte tenu de la faible prévalence contraceptive dans ces pays, la fécondité demeure élevée mais les indices les plus récents indiquent une baisse plus ou moins prononcée, à l'exception du Niger, marqué par une augmentation de l'indice synthétique de fécondité, de 7,0 au recensement de 1977 à 7,4 lors de l'enquête démographique et de santé de 1992, et du Togo qui se caractérise par une stabilité de l'indice synthétique de fécondité qui est de 6,6 enfants en 1988, lors de l'enquête démographique et de santé, comme il l'était en 1971, lors de l'enquête post-censitaire (tableau 4). Par contre, au Rwanda, en

PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE FRANCOPHONE

Afrique de l'Est, l'indice synthétique de fécondité accuse une baisse significative (de 8,5 en 1983 à 6,2 en 1992).

TABLEAU 4. TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Pays (année d'enquête)	Indice synthétique de fécondité (femmes de 15-49 ans)			
	Recensement ou enquête avant 1985*	EDS-I 1986-90	EDS-II 1990-93	EDS-III 1993-96
Pays anglophones				
<i>Afrique australe</i>				
Botswana (1984 ; 1988)	6,5	4,8		
Namubie (1992)			5,4	
<i>Afrique de l'Est</i>				
Kenya (1978-79 ; 1989 , 1993)	8,1	6,7	5,4	
Malawi (1982 , 1992)	7,6		6,7	
Ouganda (1969 ; 1988-89 ; 1995)	7,1	7,4		6,9
Tanzanie (1978 ; 1991-92)	6,9		6,3	
Zambie (1980 ; 1992)	7,4		6,5	
Zimbabwe (1984 ; 1988-89 , 1994)	6,5	5,3	4,4	
<i>Afrique de l'Ouest</i>				
Ghana (1979-80 , 1988 ; 1993)	6,5	6,4	5,5	
Liberia (1974 ; 1986)	6,2	6,7		
Nigeria (1981-82 ; 1990)	6,3	6,2		
Pays francophones				
<i>Afrique de l'Est</i>				
Burundi (1970-71 ; 1987)	5,9	6,8		
Madagascar (1975 ; 1992)	6,4		6,1	
Rwanda (1983 ; 1992)	8,5		6,2	
<i>Afrique centrale</i>				
Cameroun (1978 ; 1991)	6,4		5,8	
RCA (1975 ; 1994-95)	5,7			5,1
<i>Afrique de l'Ouest</i>				
Burkina Faso (1985 ; 1993)	7,2		6,9	
Côte d'Ivoire (1980-81 ; 1994)	7,4			5,7
Mali (1960-61 , 1987 ; 1995-96)	7,4	6,9		6,7
Niger (1977 ; 1992)	7,0		7,4	
Sénégal (1978 ; 1986 ; 1992-93)	7,1	6,6	6,0	
Togo (1971 ; 1988)	6,6	6,6		

Source : Rapports nationaux des recensements ou enquêtes nationales * Recensement : Ouganda, Zambie, Liberia, Madagascar, Burkina Faso, RCA ; Enquête postcensitaire : Togo ; enquête du programme EMF : Kenya, Ghana, Nigeria, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Sénégal ; Enquête sur la prévalence contraceptive : Botswana, Zimbabwe ; Enquête démographique nationale : Malawi, Rwanda, Mali ; Enquête sur la santé reproductive : Zimbabwe ; Enquête nationale démographique à passages répétés : Burundi.

En Afrique Centrale, la baisse est plus faible en République centrafricaine (de 5,7 en 1975 à 5,1 en 1994-95) comme au Cameroun (de 6,4 en 1978 à 5,8 en 1991). En Afrique de l'Ouest, la baisse de la fécondité est nette dans les pays côtiers, en Côte d'Ivoire (de 7,4 en 1980-81 à 5,7 en 1994) et au Sénégal (de 7,1 en 1978 à 6,0 en 1992-93), mais plus faible dans les pays sahéliens, au Mali (de 7,4 en 1960-61 à 6,7 en 1995-96) et au Burkina Faso (de 7,2 en 1985 à 6,9 en 1993). La transition de la fécondité, là où elle se dessine, est liée, d'une part, au recul de l'âge au premier mariage, commun aux couches sociales aisées de tous les pays concernés et qui commence à émerger dans certains milieux ruraux de ces pays, d'autre part, à la persistance d'une contraception d'espacement, qui n'est cependant, comme nous le montrerons, pratiquée que dans les couches sociales aisées (van de Walle et Foster, 1990 ; Delaunay, 1994 ; Pison *et al.*, 1995).

TABLEAU 5. INTENTION CONCERNANT L'UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION DANS QUELQUES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE AYANT PARTICIPÉ AU PROGRAMME EDS

Pays	N'a pas l'intention d'utiliser	Intention d'utilisation			Total
		A l'intention d'utiliser au cours des 12 prochains mois	A l'intention d'utiliser plus tard	Autre réponse	
Cameroun, 1991	71,6	7,9	15,3	5,2	100
Burkina Faso, 1993	54,0	20,5	5,4	20,1	100
Burundi, 1987	55,9	11,5	16,8	15,8	100
Côte d'Ivoire, 1994	60,8	18,9	14,7	5,6	100
Mali, 1995-96	69,2	20,0	10,3	0,5	100
Madagascar, 1992	53,4	36,0	4,3	6,1	100
RCA, 1994-95	66,2	32,7	0,3	0,8	100
Rwanda, 1990-92	35,9	49,8	49,8	2,7	100
Sénégal, 1992-93	68,1	23,1	5,2	3,6	100
Togo, 1988	55,0	25,6	11,9	7,5	100

Source : Rapports nationaux.

* Répartition (en %) de l'ensemble des femmes en union âgées de 15 à 49 ans n'utilisant pas de méthode contraceptive

Cependant, une frange assez importante de femmes manifestent l'intention d'utiliser la contraception dans le futur, par exemple à Madagascar (40,3 %), au Togo (37,5 %), au Burkina Faso (26 %) et

au Burundi (28,3 %) (tableau 5). Dans d'autres pays, les femmes adopteront les mêmes attitudes à l'avenir, à cause notamment des difficultés croissantes dues à la crise économique, comme en témoigne l'augmentation récente de la proportion des femmes ayant l'intention d'utiliser la contraception dans le futur, observée dans quelques pays sahéliens d'Afrique de l'Ouest notamment au Mali, où cette proportion est passée de 12 % à 30,3 % entre 1987 et 1995, et au Sénégal où elle a progressé de 17,4 % à 28,3 % entre 1986 et 1992. Ceci révèle l'existence d'une demande de moyens contraceptifs assez forte dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne justifiant la nécessité d'y améliorer les services de planification familiale qui laissent beaucoup à désirer (insuffisance des informations dispensées, mauvaise qualité de la relation entre client et prestataire, absence de choix de méthodes, non respect de l'intimité des clients, difficultés d'accès...), problème sur lequel nous reviendrons dans la suite de ce chapitre.

Aspects différentiels de la fécondité et de l'utilisation de la contraception moderne

En Afrique subsaharienne francophone la faiblesse de la prévalence de la pratique contraceptive moderne et le niveau encore élevé de la fécondité constatés à l'échelle des différents pays occulte des disparités entre les couches sociales ; disparités que nous mettrons en évidence en considérant les écarts selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction et en nous limitant aux pays qui ont participé au programme des Enquêtes démographiques et de santé.

Différence selon le secteur de résidence

Dans tous les pays francophones, l'indice synthétique de fécondité est inférieur à 5,5 enfants en moyenne par femme en milieu urbain (tableau 6). Or, les niveaux de fécondité relatifs aux milieux urbains de certains pays comme la Côte d'Ivoire, Madagascar, le Rwanda et le Togo rejoignent ceux des pays anglophones déjà cités. Et dans les pays francophones où l'on dispose de plusieurs sources des données, tels le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Mali et le Sénégal, la baisse de la fécondité est résolument engagée en milieu urbain. L'urbanisation serait par conséquent associée à cette baisse en Afrique francophone.

CHAPITRE 7

TABLEAU 6. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ SELON LE SECTEUR DE RÉSIDENCE DANS QUELQUES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Pays, année d'enquête	Secteur de résidence		Écart	
	Urbain	Rural	Absolu	Relatif (en %)
Cameroun, 1991	5,2	6,3	1,1	17,5
Burkina Faso, 1993	5,0	7,3	2,3	31,5
Burundi, 1987	5,3	6,9	1,6	23,2
Côte d'Ivoire, 1994	4,7	6,4	1,7	26,6
Mali EDS-I, 1987	6,1	7,0	1,1	15,7
Mali EDS-III, 1995-96	5,4	7,3	1,9	26,0
Madagascar, 1992	3,3	6,7	3,1	46,3
RCA, 1994-95	4,9	5,2	0,3	0,6
Rwanda, 1992	4,5	6,3	6,3	28,6
Sénégal EDS-I, 1986	6,3	7,9	1,6	20,3
Sénégal EDS-II, 1992-93	5,0	6,7	1,7	25,7
Togo, 1988	4,7	6,9	1,9	27,5

Source : Rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé

L'influence de l'urbanisation sur la baisse de la fécondité s'expliquerait dans cette sous-région africaine par le recul de l'âge au premier mariage (Tambashe, 1984 ; Assogba, 1989 ; Rwenge, 1994) et la survie des enfants (Barbieri, 1994) auxquels s'ajouterait l'utilisation de la contraception moderne dans quelques pays, notamment à Madagascar, au Burkina Faso, au Sénégal, au Burundi et au Rwanda où, malgré la précarité des services de planification familiale, la prévalence de cette utilisation dépasse de loin 10 % en milieu urbain, mais demeure inférieure à celle observée au niveau national dans la plupart des pays anglophones déjà cités (tableau 7). Les autres pays francophones devraient suivre la même tendance dans la mesure où les besoins en matière de contraception se feront davantage sentir dans les milieux urbains ; au Mali, où la pratique contraceptive est faible au niveau national (4,5 %), la prévalence de la contraception moderne est ainsi passée en ville de 4,7 % à 11,6 % entre 1987 et 1996.

PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE FRANCOPHONE

Le faible effet de l'urbanisation sur la fécondité dans certains pays comme le Cameroun et la République centrafricaine résulte essentiellement du fait que cette urbanisation entraîne également une meilleure santé maternelle, notamment par la diminution de l'infécondité pathologique, et une diminution de la durée d'allaitement maternel susceptibles d'influencer positivement la fécondité et, partant, de réduire l'écart entre la fécondité urbaine et la fécondité rurale (tableau 6).

TABEAU 7. PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES MARIÉES SELON LE SECTEUR DE RÉSIDENCE DANS QUELQUES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE AYANT PARTICIPÉ AU PROGRAMME EDS

Pays	Secteur de résidence					
	Urbain			Rural		
	Contraception moderne	Contraception traditionnelle	Ensemble	Contraception moderne	Contraception traditionnelle	Ensemble
Cameroun	7,1	17,8	24,9	2,5	8,0	10,5
Burkina Faso	17,1	8,9	26,0	1,5	2,7	4,2
Burundi	14,0	11,5	25,5	0,8	7,3	8,1
Côte d'Ivoire	8,0	11,3	19,3	2,2	4,7	6,9
Mali EDS-I	4,7	6,7	11,4	0,1	2,2	2,3
Mali EDS-III	11,6	4,6	6,2	1,9	1,4	3,3
Madagascar	15,8	23,9	39,7	2,9	9,0	11,9
RCA	6,4	12,8	19,2	1,4	10,7	12,1
Rwanda	19,7	8,7	28,4	12,6	8,2	20,8
Sénégal EDS-I	6,7	7,5	14,2	0,3	9,6	9,9
Sénégal EDS-II	14,0	6,4	20,4	2,5	3,4	5,9
Togo	6,5	25,8	32,3	1,7	32,8	34,5

Source : Rapports nationaux.

Pour l'année des enquêtes on se reportera au tableau 6

Différence selon le niveau d'instruction

Les femmes de niveau d'instruction scolaire du secondaire ou du supérieur ont une fécondité inférieure à 5 enfants dans tous les pays considérés, à l'exception du Burundi, et inférieure ou égale à 4 enfants au Burkina Faso (3,1), en Côte d'Ivoire et au Sénégal (3,8), en République centrafricaine (3,9) et à Madagascar (4,0) (tableau 8). L'indice synthétique de fécondité de ces femmes est comparable dans ces trois pays aux indices les plus bas observés dans les pays anglophones, par exemple au Botswana et au Zimbabwe (3,3), et au Kenya (3,4). Les femmes qui ne terminent pas le cycle primaire ont un indice synthétique de fécondité plus faible que celui des femmes sans aucun niveau d'instruction dans la majorité des pays, et seuls le Burundi, le Cameroun, la République centrafricaine et Madagascar font exception. La scolarisation des femmes au niveau primaire peut être associée, comme celle de niveau secondaire ou supérieur, à une baisse de la fécondité en Afrique francophone, dans la mesure où une scolarité, même courte, peut améliorer pour les femmes leurs perspectives économiques, leur perméabilité aux valeurs modernes et faciliter leur émancipation (Ainsworth, 1994) et, par là, leur utilisation d'une contraception moderne. Celle-ci est d'ailleurs toujours plus fréquente chez les femmes de niveau scolaire primaire que chez les femmes sans instruction, mais l'écart entre ces deux groupes semble beaucoup plus grand dans les pays d'Afrique de l'Ouest, surtout dans les pays sahéliens, que dans les autres pays (tableau 9). Par contre, la fécondité plus élevée chez les femmes de niveau primaire, qui s'observe au Burundi, au Cameroun et à Madagascar, résulterait du fait qu'un faible niveau d'instruction peut contribuer, d'une part à l'amélioration des conditions sanitaires et, partant, à la baisse de l'infécondité pathologique, d'autre part à la diminution des pratiques traditionnelles d'espacement non compensée par le recours à des méthodes contraceptives modernes.

TABLEAU 8. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DANS QUELQUES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE AYANT PARTICIPÉ AU PROGRAMME EDS

Pays	Niveau d'instruction		
	Aucun	Primaire	Secondaire et +
Cameroun	6,2	6,4	4,5
Burkina Faso	7,2	6,1	3,1
Burundi	6,8	7,2	5,5
Côte d'Ivoire	6,2	5,3	3,8
Mali (EDS-I)	6,8	6,2	-
Mali (EDS-III)	7,1	6,5	4,1
Madagascar	6,5	6,8	4,0
RCA	5,2	5,3	3,9
Rwanda	7,0	5,9	4,3
Sénégal (EDS-I)	7,6	7,1	4,2
Sénégal (EDS-II)	6,5	5,7	3,8
Togo	6,8	5,7	4,5

Source : Rapports nationaux.

Pour l'année des enquêtes on se reportera au tableau 6

CHAPITRE 7

TABLEAU 9. PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES MARIÉES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DANS QUELQUES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE AYANT PARTICIPÉ AU PROGRAMME EDS

Pays	Niveau d'instruction et type de méthode utilisée								
	Aucun			Primaire			Secondaire et +		
	M	T	M+T	M	T	M+T	M	T	M+T
Cameroun	1,2	3,8	5,0	4,5	12,4	16,9	11,8	31,0	42,8
Burkina Faso	1,9	2,7	4,6	12,7	6,8	19,5	31,6	17,8	49,4
Burundi	0,6	7,1	7,7	2,2	8,9	11,1	16,9	12,7	29,6
Côte d'Ivoire	2,2	3,1	5,2	7,6	12,4	20,0	13,2	25,5	38,7
Mali EDS-I	0,3	2,5	2,8	5,5	7,1	12,6	20,3	32,4	52,7
Mali EDS-III	2,3	1,4	3,7	11,2	4,9	16,1	30,1	11,3	41,3
Madagascar	1,0	1,9	2,9	3,6	8,2	11,8	12,1	31,0	43,1
RCA	1,1	9,0	10,1	4,0	12,5	16,5	12,1	22,0	34,1
Rwanda	11,1	6,9	18,0	13,0	9,4	22,4	27,5	9,9	37,4
Sénégal EDS-I	1,0	8,8	9,8	5,9	9,0	14,9	22,2	10,7	32,9
Sénégal EDS-II	3,4	1,9	5,3	14,7	6,4	21,1	32,0	10,3	42,3
Togo	1,7	31,8	33,5	3,9	29,0	32,0	12,2	29,9	42,1

Source : Rapports nationaux.

Pour l'année des enquêtes on se reportera à la note du tableau 6.

* M = contraception modernes ; T = contraception traditionnelle ; M+T = ensemble des méthodes de contraception

COMMENT MIEUX ORIENTER LES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ?

Les analyses précédentes ont montré combien la fécondité demeure élevée dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne, malgré l'amorce d'une baisse récente, et combien la pratique de la contraception moderne reste faible et le plus souvent réservée à certaines couches urbaines et instruites de la population. Au regard

des conséquences du maintien d'une fécondité élevée (forte contribution au niveau élevé de la mortalité maternelle et infantile, indisponibilité des infrastructures scolaires et sanitaires, enfants abandonnés, pénurie des terres et dégradation de l'environnement...), la question se pose de savoir comment développer et réorienter les programmes de planification familiale dans ces pays de manière à les rendre plus efficaces ? Cette partie apportera des éléments de réponse à cette question à partir des résultats précédents, en mettant l'accent sur l'intérêt de l'approche participante et de l'approche intégrée.

L'approche participante et l'approche intégrée

En Afrique subsaharienne francophone, les individus accèdent difficilement à la régulation des naissances et la faible efficacité des programmes de planification familiale mis en place, au regard des moyens qui y ont été consacrés, est frappante dans la plupart des pays de cette région. À ces facteurs d'ordre institutionnel, qui expliquent la faible accessibilité aux méthodes contraceptives, s'ajoutent des facteurs socio-culturels et socio-économiques qui conditionnent une très faible demande de contraception moderne, du fait du manque de motivation observé chez des individus souhaitant un nombre élevé d'enfants et caractérisés par un faible désir de limiter la taille de leur famille.

On a proposé de renforcer les programmes de planification familiale par un soutien des gouvernements africains en faveur de ces programmes et par la « distribution à la collectivité », forme de distribution à base communautaire. Dans ce cas, les agents de planification familiale passent dans les quartiers ou dans les villages pour informer les individus sur l'intérêt de la planification de la famille, en reprenant, par exemple, le discours des familles sur la détérioration de leurs conditions de vie ou en la justifiant par la santé de la mère et de l'enfant, pour les renseigner sur les différentes méthodes de contraception et pour leur distribuer les contraceptifs. Ces expériences de la « distribution à la collectivité » sont encore trop peu nombreuses pour que l'on puisse dire si elles sont une réponse adéquate à ces problèmes en Afrique subsaharienne. Toutefois, elles apparaissent comme une des voies nouvelles pour accroître la prévalence de la contraception moderne (Evina *et al.*, 1992 ; Loch, 1994).

De plus, afin de vaincre les obstacles d'ordre culturel, les programmes d'Information, Éducation et Communication (IEC) ont été intégrés dans les programmes de planification familiale. Malheureusement, ils n'ont pas eu d'effet vraiment sensible sur la fécondité, d'où la nécessité de les incorporer dans des programmes de développement, de promouvoir en d'autres termes une approche intégrée de la planification familiale. Celle-ci nécessite la mise au point des méthodes pouvant s'intégrer efficacement aux domaines du développement communautaire traditionnels tels la santé, l'éducation, les travaux agricoles, l'économie domestique, etc. Une possibilité est de s'appuyer sur les associations féminines telles que les tontines (Rwenge, 1994 ; Jato *et al.*, 1994 ; Lettenmaier *et al.*, 1994) ; tontines fréquentes dans certaines régions africaines et dont le rôle est renforcé dans le contexte actuel de crise économique. Les tontines contribuent en effet à la création des conditions préalables à l'adhésion et à la mise en œuvre des programmes de planification familiale. Ce sont des associations volontaires traditionnelles œuvrant pour résoudre les problèmes économiques et sociaux de leurs membres. Elles permettent aux femmes de se rassembler pour discuter de leurs problèmes et d'apporter leurs contributions financières selon les normes définies par les membres. Ceci pourrait favoriser la dissémination des informations et l'éducation des femmes sur la santé et la planification familiale dans un environnement qu'elles contrôlent.

CONCLUSION

Bien que la plupart des pays d'Afrique subsaharienne francophone aient mis en place des programmes de régulation de la fécondité depuis la Conférence de Mexico, il y a de cela plus d'une dizaine d'années, les enquêtes récentes montrent que la fécondité y demeure élevée malgré une baisse récente et significative dans certains d'entre eux.

La situation de ces pays s'explique en grande partie par la faiblesse des efforts déployés par les responsables des programmes de planification familiale et les décideurs, faiblesse qui s'accroît dans le contexte actuel de crise économique. Le recours à d'autres approches s'avère ainsi indispensable pour augmenter l'efficacité de ces programmes, à savoir la participation communautaire et l'incorporation des programmes de planification familiale dans les

domaines de développement communautaire (tontines, associations diverses, ...). En outre, dans ces pays, les politiques de maîtrise de la fécondité ne devraient pas porter uniquement sur l'offre des services de planification familiale mais être accompagnées de politiques de développement socio-économique (notamment l'amélioration de la scolarisation et de la condition des femmes) et de politiques d'amélioration des conditions sanitaires des femmes et des enfants.

Références bibliographiques

- AINSWORTH M., 1994, *Les déterminants socio-économiques de la fécondité en Afrique sub-saharienne*, Sommaire des résultats d'un projet de recherche de la Banque Mondiale, 29 p.
- ASSOGBA L. M. N., 1989, *Statut de la femme et fécondité dans le Golfe du Bénin. La décision de la fécondité pour le statut ou par le statut ?*, Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Paris, Sorbonne, IDUP, 550 p.
- BARBIERI M., 1994, « Is the Current Decline in Infant and Child Mortality in Sub-Saharan Africa a Sign of Future Fertility Changes ? », in LOCOH T. AND HERTRICH V. (éds.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, IUSSP, Derouaux Ordina Editions, Liège, pp. 21-42.
- BURUNDI, 1977, *Survey of World Needs in Family Planning*, Country Information, Burundi-International Planned Parenthood Federation, mimeo.
- CHAMIE J., 1988, « Les positions et politiques gouvernementales en matière de fécondité et de planification familiale », in TABUTIN D. (éd.), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, L'Harmattan, pp. 167-190.
- DELAUNAY V., 1994, *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, Les Études du CEPED n° 7, CEPED, Paris, 326 p.
- EVINA A., KOUTON E. F. et RWENGE M., 1992, « Persistance de la fécondité élevée en Afrique et ses conséquences », in *Troisième*

Conférence Africaine sur la Population, Volume 3, Première partie Nations Unies, Conseil Economique et Social, POP/APC.3/92/Inf. 10, pp.163-180.

- JATO M. *et al.*, 1994, « Using Focus-Group Discussions to Explore the Role of Women's Group (Tontines) in Family Planning Information Dissemination in Yaoundé », *Health Transition Review*, 4 (1), pp. 90-94.
- LETTENMAIER C. *et al.*, 1994, « Focus-Group Research for Family Planning : Lessons Learned in Sub-Saharan Africa », *Health Transition Review*, 4 (1), pp. 95-99.
- LOCOH T., 1994, « Will the Decline in Fertility in Sub-Saharan Africa Last ? A Time of Uncertainty », in LOCOH T. AND HERTRICH V. (éds.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, IUSSP, Derouaux Ordina Editions, Liège, pp. 105-134.
- PISON G., HILL K., COHEN B. et FOOTE K., 1995, *Population Dynamics of Senegal*, National Research Council, National Academy Press, Washington D.C., 254 p.
- RWENGE M., 1994, *Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin. Examen par les variables intermédiaires*, Cahier de l'IFORD n° 7, IFORD, Yaoundé, 125 p.
- SALA DIAKANDA M., 1988, « L'infécondité de certaines ethnies », in TABUTIN D. (éds.), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris, pp. 191-216.
- TAMBASHE O., 1984, *Niveaux et corrélats de la fécondité des mariages à Kinshasa. Examen par les variables intermédiaires*, Cabay, Louvain-la-Neuve, 364 p.
- UNITED NATIONS, 1994, *Tendances de l'utilisation des méthodes contraceptives dans le monde*, Department for Economic and Social Policy Analysis, Population Division.
- VAN DE WALLE E. et FOSTER A., 1990, *Fertility Decline in Africa : Assessment and Prospects*, Banque mondiale, Washington, 63 p.

CHAPITRE 8

ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ ET PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

Jean-François S. KOBIANE

Démographe à l'INSD¹

Au Burkina Faso, la transition de la mortalité est entamée puisque l'on enregistre, entre 1960 et 1991, une baisse notable du taux brut de mortalité de 32,0 pour mille à 16,4 pour mille et une augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 32 ans à 52 ans. Dans le même temps, la diminution de la fécondité ne semble pas être encore amorcée : l'indice synthétique de fécondité s'est même accru sur la longue durée, passant de 6,1 en 1960, lors de l'enquête démographique par sondage, à 6,9 en 1993, lors de l'enquête démographique et de santé, selon un schéma qui correspond à la première phase de la transition démographique. Afin de préciser cette évolution de la fécondité au Burkina Faso, ce chapitre se propose, après une analyse critique des sources de données, d'étudier successivement les tendances depuis 1960, la politique de planification familiale et l'évolution prévisible à moyen terme.

¹ Institut national de la statistique et de la démographie, Ouagadougou, Burkina Faso.

LES SOURCES DE DONNÉES

Les sources de données sur la fécondité

Le Burkina Faso dispose au niveau national de plusieurs sources de données permettant de dégager les grandes tendances de la fécondité. Les opérations de collecte d'envergure nationale ayant fourni des indicateurs sur le niveau et le calendrier de la fécondité sont au nombre de cinq. Il s'agit de l'enquête démographique par sondage en République de Haute-Volta de 1960-1961 (ES 1960), de l'enquête post-censitaire de 1976 (EPC 1976), du recensement général de la population de 1985 (RGP 1985), de l'enquête démographique de 1991 (ED 1991) et de l'enquête démographique et de santé de 1993 (EDS 1993).

La méthodologie adoptée par l'enquête démographique et de santé de 1993 pour l'estimation du niveau de la fécondité est différente de celle qui a été utilisée lors des quatre premières opérations. Il a été calculé lors de cette enquête de 1993 à partir de l'historique des naissances, alors qu'au cours des opérations précédentes, il a été calculé à partir des « naissances des 12 derniers mois »². En outre, lors de l'enquête démographique et de santé, les niveaux de fécondité ont été mesurés directement à partir des données brutes c'est-à-dire des données observées, alors que pour les autres sources de données, les niveaux ont été ajustés, compte tenu du sous-enregistrement des naissances.

Le niveau de fécondité indiqué par l'enquête démographique et de santé de 1993 concerne la période des 5 ans ayant précédé l'enquête, c'est-à-dire la période 1988-1992. Celui donné par l'enquête démographique de 1991 concerne l'année 1990 (soit le milieu de la période 1988-1992) (Sinaré, 1994). Les niveaux, se rapportant à des périodes similaires, devraient être sensiblement les mêmes mais ils diffèrent quelque peu avec un indice synthétique de fécondité de 7,3 pour l'enquête démographique de 1991 et de 6,9 pour l'enquête démographique et de santé de 1993. Cependant la tendance sur le long

² Pour une question d'exploitation, les « naissances des 12 derniers mois » n'ont pu être utilisées lors de l'ED 1991. Seules les naissances de l'année 1990 ont été utilisées.

terme, c'est-à-dire depuis 1960 où l'indice synthétique de fécondité était de 6,0, ne change pas fondamentalement selon que l'on considère l'une ou l'autre des deux sources, et seule l'intensité de l'accroissement de la fécondité en est affectée.

Pour ce qui concerne la suite de ce chapitre, nous nous limiterons aux indicateurs de fécondité de l'enquête démographique de 1991, dont la méthode d'enregistrement des naissances pour le calcul de l'indice synthétique de fécondité est identique à celle des sources précédentes, tout en faisant référence à l'enquête démographique et de santé pour d'autres types d'information.

Les sources de données sur la planification familiale

La question de la disponibilité des données se pose avec plus d'acuité dans le domaine de la planification familiale, puisque l'on ne dispose pas à l'échelle nationale de série longue sur les indicateurs de planification familiale. Les enquêtes de 1991 et de 1993 sont les premières opérations de collecte d'envergure nationale ayant fourni des informations sur la santé maternelle et infantile ainsi que sur la planification familiale. Certes, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), dans son *Bulletin annuel des statistiques sanitaires*, publie depuis quelques années des indicateurs sur l'utilisation des contraceptifs dans l'ensemble des 30 provinces, mais nous devons émettre des réserves sur la qualité et le caractère exhaustif de ces données³. Les indicateurs disponibles à partir des enquêtes de 1991 et de 1993 concernent les proportions des femmes : a) qui connaissent une méthode contraceptive donnée, b) qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, c) qui utilisent une méthode au moment de l'enquête, soit le taux de prévalence contraceptive. On dispose en outre de la proportion des utilisatrices potentielles, puisqu'il a été demandé à chacune des femmes enquêtées son intention future en matière d'utilisation de la contraception.

En dehors de ces deux enquêtes, les autres sources de données sont des enquêtes dites CAP, parce qu'elles portent sur « les

³ Par exemple, en ce qui concerne le concept de « nouvelles utilisatrices », il ressort de notre entretien avec l'un des responsables que la définition de celui-ci n'est pas très claire. Les agents chargés de la collecte sur le terrain ont tendance à assimiler les nouvelles utilisatrices aux « nouvelles consultations ».

connaissances, attitudes et pratiques», limitées à des espaces régionaux ou locaux : province, ville ou village. Il s'agit, entre autres, de l'enquête CAP réalisée à Ouagadougou en 1986 par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et l'Université de Columbia, de l'enquête initiale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques liées à la planification familiale dans deux provinces du Burkina Faso (MSAS, 1989), et des enquêtes CAP en matière de planification familiale réalisées dans un village gourmatché par F. Tankoano (1989) et dans un village mossi par l'Orstom (Yameogo, 1992).

L'ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ DEPUIS 1960

Un niveau de fécondité élevé

L'indice synthétique de fécondité au Burkina Faso est passé de 6,1 enfants par femme en 1960, à 6,7 en 1976, puis 7,2 en 1985, pour atteindre 7,3 en 1991 (et 6,9 en 1993), niveau qui figure parmi les plus élevés du continent (tableau 1). C'est entre 1976 et 1985 que le rythme d'accroissement de la fécondité atteint son maximum, le taux de croissance annuelle y étant de 0,8 %. A partir de 1985, ce rythme d'accroissement diminue d'environ du tiers. S'agit-il « d'une relative tendance à la baisse de la fécondité » (Kaboré, 1994) ou « d'une stabilisation » de celle-ci (Sinaré, 1994) ?

Si les avis sur cette tendance récente sont contrastés, les différences selon le milieu de résidence permettent de préciser les composantes de l'évolution. On note en effet une différence fondamentale selon le milieu de résidence : alors que la baisse de la fécondité semble entamée en milieu urbain⁴, où l'indice synthétique de fécondité passe de 6,5 en 1985 à 6,3 en 1991, elle continue de croître en milieu rural où l'indice synthétique de fécondité passe de 7,3 en 1985 à 7,7 en 1991. Les données de l'enquête démographique et de

⁴ Au Burkina Faso, est considéré comme centre urbain toute agglomération de plus de 10 000 habitants disposant d'un minimum d'infrastructures socio-économiques et administratives, telles que services administratifs, réseaux de distribution d'eau potable et d'électricité. En 1991, le pays comptait 18 centres urbains : les deux principales villes, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, qui comptent à elles seules 70 % de la population urbaine, et 16 villes secondaires (Yeremganga, 1994)

FÉCONDITÉ ET PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

santé de 1993 amplifient ces écarts avec un indice synthétique de fécondité de 5,0 en milieu urbain (et 4,7 à Ouagadougou) et 7,3 en milieu rural.

TABLEAU I. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (ISF),
INFÉCONDITÉ, ÂGE MOYEN AU PREMIER MARIAGE ET UTILISATION DE
LA CONTRACEPTION AU BURKINA FASO SELON LES DIFFÉRENTES
ENQUÊTES ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE

		ES	EPC	RGP	ED	EDS
		1960	1976	1985	1991	1993
ISF	Ensemble	6,1	6,7	7,2	7,3	6,9 ^a
	Ouagadougou	6,6 ^b	7,7	6,2	6,1	4,7 ^a
	Ensemble urbain	-	-	6,5	6,3	5,0 ^a
	Rural	6,0	-	7,3	7,7	7,3 ^a
Infécondité (% de femmes)	Ensemble	6,5	7,7	6,0	2,9	2,0
	Ouagadougou	-	-	-	-	-
	Ensemble urbain	-	-	-	-	-
	Rural	-	-	-	-	-
Âge moyen au premier mariage (en années)	Ensemble	16,9	17,1	18,0	18,8	17,5 ^c
	Ouagadougou	-	-	19,8	-	17,9 ^c
	Ensemble urbain	-	-	19,7	21,7	17,8 ^c
	Rural	-	-	17,7	18,3	17,4 ^c
Utilisation de méthodes modernes de contraception (% de femmes en union)	Ensemble	-	-	-	3,5	4,2
	Ouagadougou	-	-	-	8,7	19,9
	Ensemble urbain	-	-	-	8,3	17,1
	Rural	-	-	-	0,9	1,5
Utilisation de méthodes quelconques de contraception (% de femmes en union)	Ensemble	-	-	-	23,0	7,9
	Ouagadougou	-	-	-	28,6	30,6
	Ensemble urbain	-	-	-	24,0	26,0
	Rural	-	-	-	21,9	4,2

Sources : ES 60 et EPC 76 (Demers, 1981 ; INSD, 1984) ; RGP 85 (INSD, 1990) ; ED 91 (INSD, 1995) ; EDS 93 (Konaté *et al.*, 1994).

^a Données non ajustées ; ^b Recensement de 1961-62 de la ville de Ouagadougou ; ^c Âges médians au premier mariage.

Bien que ne fournissant pas de données sur l'ensemble du milieu urbain, le recensement de 1961-1962 de la ville de Ouagadougou ainsi que l'enquête post-censitaire de 1976 indiquent un niveau de

fécondité plus élevée à Ouagadougou que dans le reste de la Haute-Volta (sans Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) : ainsi l'indice synthétique de fécondité était-il en 1961-1962 de 6,6 à Ouagadougou contre 6,0 dans le reste de la Haute-Volta et en 1976 de 7,7 à Ouagadougou contre 6,7 dans le reste de la Haute-Volta (Demers, 1981). Ainsi les données pour Ouagadougou permettent de discerner un début de transition de la fécondité dans la capitale du Burkina depuis le milieu des années 1970 succédant à une période d'augmentation de la fécondité.

Si pour l'ensemble du Burkina, les résultats obtenus jusqu'à l'ED 1991 traduisent une augmentation de la fécondité depuis les années 1960, l'analyse de l'EDS 1993 fait apparaître une diminution récente de celle-ci. En effet, l'examen des taux de fécondité par âge par période quinquennale avant l'enquête révèle que les taux de la période 0-4 ans avant l'enquête sont inférieurs à ceux des périodes 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête (Sinaré, 1994). Ainsi, l'indice synthétique de fécondité calculé jusqu'à 35 ans est de 5,0 enfants par femme pour la période 0-4 ans précédant l'enquête alors qu'il s'établit à 5,7 et 5,8 respectivement pour les 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête. Cette tendance récente à la baisse est également confirmée par l'examen des taux de fécondité par période avant l'enquête et selon la durée écoulée depuis le premier mariage (Sinaré, 1994). Mais la différence dans la méthodologie de collecte entre l'EDS 1993 et les autres sources de données ainsi que l'utilisation des données brutes pour l'analyse de la fécondité à l'EDS 1993 commandent une certaine prudence dans les conclusions qu'on pourrait tirer quant à l'évolution de la fécondité à l'échelle nationale⁵.

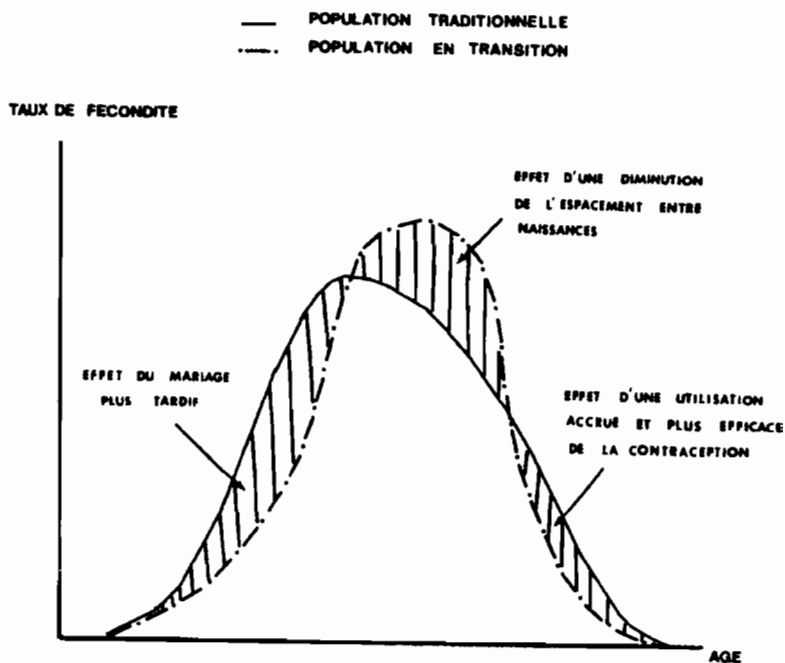
⁵ Ainsi, par exemple, la surestimation de la prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) à l'ED 91 par rapport à l'EDS 93, pour l'ensemble du pays et le milieu rural (tableau 1), pourrait s'expliquer par le fait que l'EDS 93 n'a pas pris en compte l'abstinence prolongée comme méthode de contraception. Ce choix a été justifié par la confusion qui est apparue chez les femmes entre abstinence prolongée (absence de rapports sexuels pendant une longue période, le plus souvent plus de deux ans) et l'abstinence post-partum pratiquée par beaucoup de femmes après une naissance et qui peut être également longue (Ilboudo, 1994).

Un calendrier à mutation réduite

La transition de la fécondité implique des changements non seulement dans l'intensité de la fécondité, mais aussi dans le calendrier des naissances (Schoenmaeckers, 1988). La baisse de la fécondité dans le milieu urbain et l'amorce de sa stabilisation au niveau national sont-elles le signe d'un véritable changement de calendrier du phénomène ? Le schéma de fécondité d'une population « traditionnelle » diffère de celui d'une population qui a connu la transition de la fécondité (figure 1). Entre les deux états, on constate une évolution progressive du calendrier.

Bien que l'évolution des taux de fécondité par âge au Burkina Faso, entre 1960 et 1991, soit dans l'ensemble marquée par une précocité du phénomène, on constate cependant un léger changement au cours de la période (tableau 2 et figures 2 et 3). D'une part, la fécondité aux âges jeunes diminue : le taux de fécondité entre 15-19 ans en 1991 (107 pour mille) correspond seulement à 60 % de son niveau en 1960 (180 pour mille). D'autre part, le maximum de fécondité atteint dans le groupe d'âges 20-24 ans en 1960 s'est déplacé en 1991 dans le groupe d'âges 25-29 ans ; en effet, si le taux de fécondité 20-24 ans est resté relativement stable durant la période d'observation autour de 322 pour mille (moyenne sur la période), le taux 25-29 ans a constamment augmenté durant ces années de 264 pour mille à 334 pour mille.

FIGURE 1. COMPARAISON DES SCHÉMAS DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE
D'UNE POPULATION TRADITIONNELLE ET
D'UNE POPULATION EN TRANSITION
(SOURCE : SCHOENMAECKERS, 1988)



Source : schéma adapté de R. Lesthaeghe, H. Page
et Adegbola (1981).

TABLEAU 2. TAUX DE FÉCONDITE PAR ÂGE (POUR MILLE) ET INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ DE 1960 A 1993 - BURKINA FASO

Groupe d'âges	Année				
	1960	1976	1985	1991	1993(*)
15-19	180	171	152	107	154
20-24	314	324	328	323	296
25-29	264	283	321	334	292
30-34	223	238	279	302	258
35-39	154	183	215	229	220
40-44	80	98	104	128	111
45-49	15	39	38	39	50
ISF	6,1	6,7	7,2	7,3	6,9

Sources : ES 1960 et EPC 1976 (Demers, 1981 ; INSD, 1984) ; RGP 1985 (INSD, 1990) ; ED 1991 (INSD, 1995) ; EDS 1993 (Konaté *et al.*, 1994).

(*) Période 0-4 ans avant l'enquête

Un autre indicateur de la précocité de la fécondité, la proportion de l'indice synthétique de fécondité due aux deux groupes d'âges jeunes (15-19 et 20-24 ans) (Schoenmaeckers, 1988), permet davantage de se rendre compte du changement en cours : elle est de 40 % en 1960, 37 % en 1976, 33 % en 1985 et 29 % en 1991. Autrement dit, alors qu'en 1960 une femme a déjà eu en moyenne 40 % de ses enfants entre 15 et 24 ans, en 1991 cette proportion n'est plus que de 29 %. On vérifie ainsi une lente évolution du calendrier de la fécondité (figure 3).

En considérant cet indicateur suivant le milieu de résidence, on se rend compte que le processus de changement du calendrier de la fécondité en milieu urbain est en avance sur celui du milieu rural. En 1985, 33 % de la fécondité est réalisée entre 15 et 24 ans, en milieu urbain comme en milieu rural, en 1991, cette proportion est de 28 en milieu urbain et de 31 en milieu rural.

Au sein même du milieu urbain, des différences existent, dans la mesure où à Ouagadougou, capitale du pays, le calendrier de la fécondité connaît une évolution plus rapide (tableau 3 et figures 4 et 5). En effet, en 1961-62, alors qu'une femme à Ouagadougou avait à 24 ans réalisé 35 % de sa descendance, en 1985 cette proportion est de 33 % comme dans le reste du pays, et de 24 % en 1991 contre 28 % et 31 % respectivement pour l'ensemble du milieu urbain et le milieu

CHAPITRE 8

rural. Par ailleurs, la fécondité à 15-19 ans à Ouagadougou en 1991 (46,2 pour mille) représente moins du tiers (29 %) de son niveau de 1961-62 (157 pour mille) ; et le maximum de fécondité qui se situait à 20-24 ans au début des années 60 comme dans l'ensemble du pays, s'est déplacé dans le groupe d'âges 30-34 ans en 1991, après une transition dans le groupe d'âges 25-29 ans entre 1976 et 1985.

TABLEAU 3. TAUX DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE (POUR MILLE) ET INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ DE 1961 À 1993 - OUAGADOUGOU

Groupe d'âges	Année				
	1961-62	1976	1985	1991	1993(*)
15-19	157	151	132	46	94
20-24	310	247	283	241	202
25-29	287	311	287	309	205
30-34	242	286	254	320	189
35-39	181	223	185	205	145
40-44	109	153	81	79	59
45-49	43	63	24	14	50
ISF	6,6	7,7	6,2	6,1	4,7

Sources : Recensement de Ouagadougou 1961-62 et EPC 1976 (Demers, 1981 ; INSD, 1984) ; RGP 1985 (INSD, 1990) ; ED 1991 (INSD, 1995) ; EDS 1993 (Konaté *et al.*, 1994).

(*) Période 0-4 ans avant l'enquête

FIGURE 2. TAUX DE FÉCONDITÉ DE 1960 À 1991 - BURKINA FASO

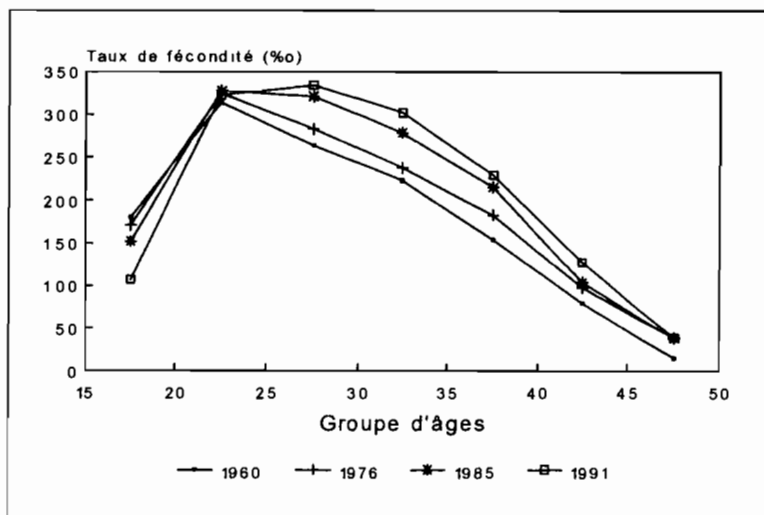


FIGURE 3. PROCESSUS DE TRANSITION DU SCHÉMA DE FÉCONDITÉ AU BURKINA FASO

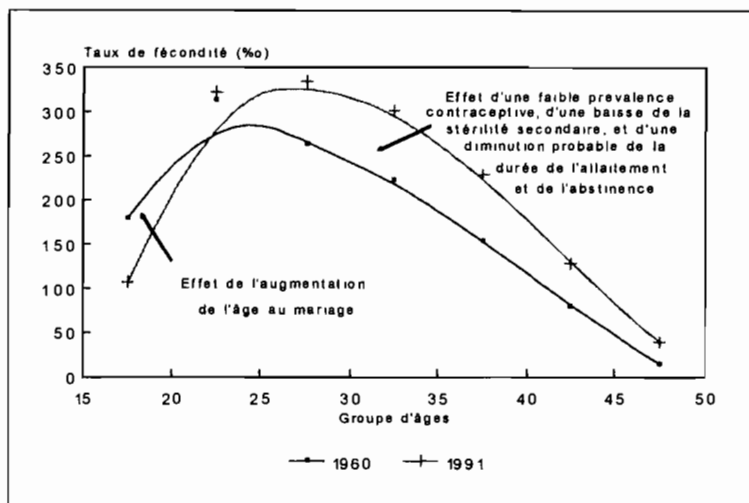


FIGURE 4. TAUX DE FÉCONDITÉ DE 1961 À 1991 - OUAGADOUGOU

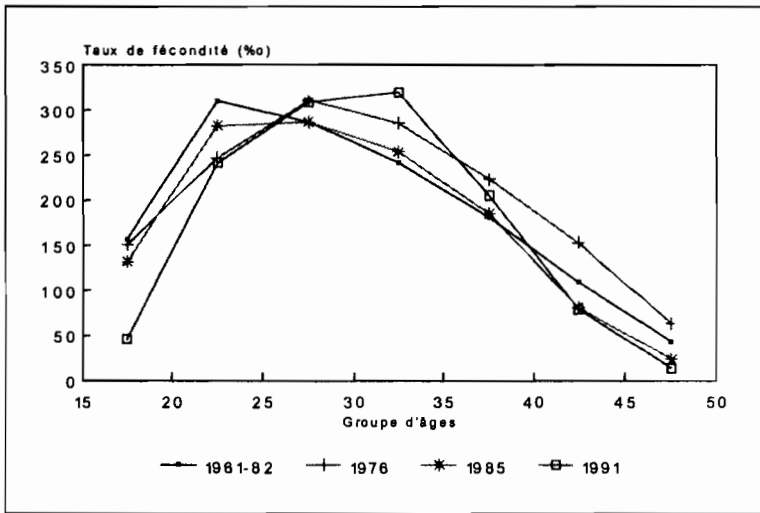
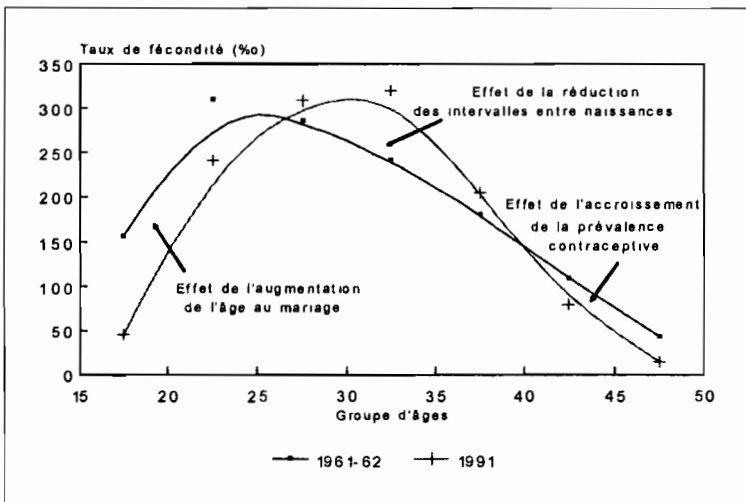


FIGURE 5. PROCESSUS DE TRANSITION DU SCHEMA DE FÉCONDITÉ À OUAGADOUGOU



Ainsi, le schéma de fécondité à Ouagadougou est-il beaucoup plus proche de celui d'une population en transition, avec une distinction assez nette des trois phases : diminution de la fécondité aux âges jeunes de par l'augmentation progressive de l'âge au premier mariage ; déplacement du maximum de fécondité vers des groupes d'âges avancés suite à la diminution des intervalles intergénéraliques ; et enfin, du fait d'une utilisation accrue de la contraception (moderne), baisse de la fécondité tardive. On peut admettre finalement qu'une lente mutation semble se dessiner dans le schéma de fécondité au Burkina Faso. Ce changement est moins perceptible en milieu rural mais il est amorcé en milieu urbain, et plus encore à Ouagadougou.

Les déterminants de la fécondité

La combinaison du calendrier de début de fécondité (fonction de l'âge au mariage), du schéma d'espacement des naissances (qui dépend surtout de l'allaitement, de l'abstinence post-partum et de la contraception) et du schéma d'arrêt de la fécondité (dépendant surtout de l'utilisation de la contraception) détermine le niveau de fécondité (Schoenmaeckers, 1988), qui est par conséquent déterminé par l'ensemble des facteurs intervenant sur ces différentes phases de constitution de la descendance.

La baisse de la stérilité et de la mortalité dans l'enfance

La baisse de la stérilité et de la mortalité dans l'enfance intervient dans le cadre d'une évolution sociale et sanitaire plus générale. Entre 1960 et 1976, plus de 6 % des femmes en âge de procréer étaient stériles⁶, niveau élevé qui masquait des disparités régionales et ethniques. Au cours de cette période, trois départements connaissaient des taux de stérilité primaire supérieurs à 10 % : Hauts-Bassins (actuelles provinces du Houet, de la Comoé et du Kéné Dougou) ; Volta Noire (actuelle province du Mouhoun) ; Sahel (actuelles provinces du Seno, du Soum et de l'Oudalan) (Demers, 1981). Ils étaient imputables à la forte prévalence à cette époque de certaines maladies sexuellement transmissibles. Ainsi A. Retel-Laurentin (1979), au cours de son enquête sur l'infécondité dans la région de la Volta Noire en 1971, avait-elle trouvé des taux de blennorragie

⁶ Il ne s'agit pas d'une stérilité au sens médical du terme, mais d'une stérilité primaire, indice de non participation à la reproduction (Demers, 1981).

atteignant 40 % et des taux sérologiques positifs de syphilis de près de 30 %.

Le développement des campagnes d'éradication, comme « la campagne massive de pénicilline » entreprise en 1955-1956 dans les trois départements précédemment cités, le renforcement des infrastructures sanitaires (à travers la construction de centres de santé primaire) et la formation de personnel médical, ont eu pour résultat une baisse sensible de la stérilité (ou plus exactement de l'infécondité) qui est passée de 6,5 % en 1960 à 2,9 % en 1991 (Kaboré, 1994), et a eu pour conséquence immédiate une augmentation de la fécondité.

A la baisse de l'infécondité, il faut ajouter celle de la mortalité infantile qui est passée de 183 pour mille en 1960 à 115 pour mille en 1991 ; avec cependant une différence marquée selon le milieu de résidence (111 pour mille en milieu urbain et 130 pour mille en milieu rural, en 1991). Cette remarquable diminution de la mortalité infantile⁷, qui traduit une augmentation des chances de survie des nouveaux nés, devrait, compte tenu de son effet sur les intervalles intergénésiques, entraîner à long terme une baisse de la fécondité.

L'augmentation de l'âge moyen au premier mariage

L'amélioration du niveau de scolarisation de la population, surtout celui des filles, a provoqué, entre autres effets, une élévation de l'âge au mariage (tableau 4). Le fait que l'âge moyen au mariage soit plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural s'expliquerait par la scolarisation plus fréquente dans les centres urbains ; ainsi la province du Kadiogo et celle du Houet, qui comprennent les deux principales villes du pays, ont-elles les taux de scolarisation les plus élevés (respectivement 80 % et 51 % en 1992-1993 dans l'enseignement primaire).

⁷ L'enquête démographique et de santé de 1993 fournit des quotients de mortalité infantile encore plus faibles de, respectivement, 108, 76 et 113 pour mille pour l'ensemble du Burkina Faso, le milieu urbain et le milieu rural, pour la période 1983-1993.

FÉCONDITÉ ET PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

TABLEAU 4. ÉVOLUTION DE L'ÂGE MOYEN AU MARIAGE (EN ANNÉES)
ET DU TAUX DE SCOLARISATION DANS L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE

	Âge moyen au mariage			
	Hommes		Femmes	
	1985	1991	1985	1991
Rural	26,2	27,3	17,7	18,3
Urbain	28,9	30,5	19,7	21,7
Ensemble	26,9	27,9	18,0	18,8
	Taux de scolarisation (en %)			
Année scolaire	1964-65	1974-75	1984-85	1990-91
	-	12,0	20,9	30,0

Sources : RGP 1985 (INSD, 1990); ED 1991 (INSD, 1995); Bulletin des statistiques scolaires

Des intervalles intergénésiques stables

L'intervalle entre deux naissances est relativement élevé au Burkina Faso, puisque 50 % des naissances enregistrées lors de l'enquête démographique et de santé de 1993 surviennent plus de 35 mois après la naissance précédente (tableau 5). Il est associé à une longue période d'abstinence post-partum et une longue durée d'allaitement.

TABLEAU 5. DURÉE MÉDIANE DE L'INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE, DE
L'AMÉNORRHÉE, DE L'ABSTINENCE POST-PARTUM ET DE
L'ALLAITEMENT (EN MOIS)

	Milieu de résidence			
	Rural	Urbain	Ensemble	Ouagadougou
Intervalle intergénésique	34,7	34,6	34,7	35,6
Aménorrhée	15,6	11,5	14,6	10,7
Abstinence	19,8	14,8	18,9	13,8
Allaitement	26,3	21,9	25,2	21,7

Source : Burkina Faso, EDS 1993 (Konaté *et al.*, 1994)

Les autres sources de données disponibles montrent que l'intervalle entre naissances est resté pratiquement stable au fil des ans. Le dépouillement des registres paroissiaux de Réo, concernant une population en majorité gourounsi, dont la fécondité est proche de la

moyenne nationale, donne dans les années 1960 également un intervalle de 35 mois (Benoit *et al.*, 1984). A. Retel-Laurentin (1971) trouve dans un autre groupe de population, les Bobo-Oulé, un intervalle intergénésiq ue de 36 mois pour les naissances de 1966-1971. Les intervalles entre naissances observés dans d'autres groupes ethniques sont du même ordre de grandeur : 34 mois chez les Dagara, dans la région de Mariatang (Benoit *et al.*, 1982) ; 32 mois chez les Mossi, dans la région de Kongoussi, (Benoit *et al.*, 1980).

Bien que les durées médianes d'abstinence et d'allaitement soient plus longues dans les zones rurales qu'en ville, avec un écart de près de 5 mois, l'intervalle intergénésiq ue est comparable dans ces deux milieux. Ce résultat s'explique par l'utilisation plus importante de la contraception en milieu urbain.

Une faible utilisation de la contraception

En 1993, au moment de l'enquête démographique et de santé, 26 % des femmes en union en milieu urbain utilisaient une méthode contraceptive, contre 4 % en milieu rural (tableau 6). Mais à l'échelle nationale, le niveau d'utilisation de la contraception reste faible au Burkina Faso (8 %), alors que le besoin potentiel en matière de planification familiale est élevé. Le nombre moyen d'enfants souhaités lors de l'enquête démographique de 1991 était de 6 et l'indice synthétique de fécondité de 7,3 ; la différence entre ces deux chiffres (1,3) donne une indication du besoin potentiel en planification familiale (Ouedraogo, 1994). Par ailleurs, 64 % des femmes mariées au moment de l'enquête démographique et de santé (19 % ne voulant plus d'enfants et 45 % souhaitant espacer leurs naissances par un intervalle d'au moins deux ans), constituent des candidates potentielles à la planification familiale (Ayad, 1994).

TABLEAU 6. CONNAISSANCE ET UTILISATION AU MOMENT DE
L'ENQUÊTE D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE
(EN POURCENTAGE DES FEMMES EN UNION)

	Milieu de résidence			
	Rural	Urbain	Ensemble	Ouagadougou
Connaît une méthode quelconque	61,9	93,9	67,4	97,0
Connaît une méthode moderne	57,1	93,3	63,3	96,8
Utilise actuellement une méthode quelconque	4,2	26,0	7,9	30,6
Utilise actuellement une méthode moderne	1,5	17,1	4,2	19,9

Source : Burkina Faso, EDS 1993 (Konaté *et al.*, 1994)

LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

La faible prévalence contraceptive au Burkina Faso pourrait, en partie, s'expliquer par le caractère relativement récent des activités en matière de planification familiale. En effet, la première initiative d'envergure nationale est la création en 1979 de l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF). Implantée dès le départ dans les principales villes, ce sont les populations urbaines qui ont surtout bénéficié de ses activités : information, sensibilisation sur les bienfaits de la planification familiale et promotion des méthodes contraceptives. Cependant la reconnaissance officielle de cette association privée en 1981 était en contradiction avec la législation en vigueur à l'époque.

Le cadre politique et législatif

Le contexte législatif en matière de planification familiale a été pendant longtemps marqué par le contenu de la loi de 1920, dont l'additif, l'ordonnance N° 70-68/bis/PRES/MSP/AS du 28 décembre 1970 portant Code de Santé Publique, interdisait d'une manière absolue l'avortement et la diffusion des contraceptifs (MEFSN, 1986).

Compte tenu de la nouvelle orientation politique du Burkina Faso en matière de planification familiale, de la demande croissante en prestation de services de planification familiale par la population, de l'aspect colonial de cette loi et de son inadaptation aux réalités

nationales, à savoir les avortements clandestins et leurs conséquences désastreuses pour la femme (stérilité, avortements à répétition, décès, etc.) (MEFSN, 1986), la révision de cette loi devenait un impératif. C'est ainsi que, par la *zatu* (ordonnance) n° AN IV-008/CNR/EF-SN du 24 Octobre 1986, la loi de 1920 fut abrogée, en même temps qu'était adoptée une politique de planification familiale au Burkina Faso (MPC, 1991).

Politique de fécondité ou politique sanitaire ?

Que les mesures et actions en matière de planification familiale aient pour objectif, explicite ou non, une baisse de la fécondité, ou qu'elles soient intégrées à un programme de santé maternelle et infantile, en vue d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, les résultats auront toujours à terme une incidence sur la fécondité. Mais le choix de l'une ou l'autre orientation peut influencer sur le rythme d'accroissement de l'utilisation de la contraception. Au Burkina Faso, bien que dans la politique de population, adoptée en 1991, il soit prévu « ...la baisse de la fécondité de 10 % tous les cinq ans à partir de 2005... » (MPC, 1991), la planification familiale fait partie intégrante dans les faits du programme national de santé maternelle et infantile, depuis la révision de celui-ci en 1987 (Bakouan, 1994).

C'est là une stratégie bien adaptée, si l'on tient compte de la vision qu'ont généralement les populations de la planification familiale. Lors de l'enquête initiale CAP réalisée dans deux provinces du pays en 1989, 75 % des répondants ont cité comme principal avantage de la planification familiale, une meilleure santé pour les mères et les enfants (MSAS, 1989). L'analyse de l'offre de services en santé maternelle et infantile en 1992, montre que les services de planification familiale sont fournis dans seulement 46 % des formations sanitaires, contre 87 % pour la vaccination, 85 % pour la consultation prénatale et l'accouchement, 68 % pour le suivi des enfants (Bakouan, 1994).

Outre le caractère récent des programmes de planification familiale et de la politique en la matière, le manque d'information est aussi l'une des causes de la faible utilisation de la contraception. Dans l'enquête initiale CAP précédemment citée, la raison principale de la non utilisation de la planification familiale était le manque d'information (MSAS, 1989). Ceci est confirmé par l'enquête CAP dans un village

mossi où 96 % des hommes et 84 % des femmes étaient prêts à assister à des débats sur la planification familiale (Yaméogo, 1992).

Les obstacles sociaux et culturels à l'utilisation de la contraception

Outre le manque d'information, des obstacles ou des résistances d'ordre social et culturel freinent le développement de la planification familiale. Certaines conceptions persistent encore, surtout en milieu rural, qui constituent des barrières à la pratique de la planification familiale et particulièrement à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. On peut citer entre autres certaines croyances illustrées d'extraits d'entretiens auprès d'hommes mossi réalisés par S. J. Yaméogo dans le village de Pissila, dans le cadre d'une étude sur la planification familiale. Ainsi, la femme court de grands risques en arrêtant volontairement ses naissances (MSP, 1984) : « Les enfants sont dans le ventre de la femme. Quand Dieu décide de faire sortir l'un d'entre eux et qu'elle s'y oppose, il le transforme en maladie pour la punir. » (Yaméogo, 1992). Ou encore, l'utilisation de la contraception s'accompagne d'un relâchement des mœurs (MSAS, 1989) : « La femme n'est pas comme l'homme. Elle est comme un enfant, elle fait des choses par caprices. Si on lui donne des contraceptifs, elle peut tromper son mari. Elle peut aussi arrêter ses naissances, sans l'accord de son mari. » (Yaméogo, 1992). Enfin, les méthodes contraceptives, notamment la pilule, seraient destinées à mettre un terme à la fécondité et à suppléer les aides au développement : « J'ai appris au marché de Pissila, qu'à Ouagadougou, vous ne voulez plus venir nous aider à lutter contre la faim et la soif. C'est pourquoi vous voulez qu'on fasse moins d'enfants. Vous donnez des comprimés aux femmes pour tuer les enfants dans leur ventre. Comme ça vous dormez tranquilles et nous on disparaît petit à petit. » (Yaméogo, 1992).

LES PERSPECTIVES

Au regard de ce bilan, quelles hypothèses peut-on émettre quant à l'évolution future de la fécondité et au rôle des programmes de planification familiale dans la baisse attendue de celle-ci ?

De l'utilisation future de la contraception

Selon Bongaarts *et al.* (1990), cité par Ofosu (1995), sans les programmes de planification familiale, l'indice synthétique de fécondité des pays en développement en 1980-1985 aurait été de 5,4 au lieu de 4,2. C'est dire combien, ici comme ailleurs, l'évolution future de la politique de planification familiale au Burkina Faso, et notamment l'évolution de la prévalence contraceptive, sera déterminante dans le processus de transition de la fécondité.

Au Bangladesh, le passage de l'indice synthétique de fécondité de 7 en 1970 à 5 en 1988, s'est accompagné d'un accroissement du taux de prévalence contraceptive de 3 % à 32 % (Ofosu, 1995). Ce qui correspond à un taux de croissance annuel au cours de la période de 14 % ! De même, au Mexique où l'indice synthétique de fécondité est passé de 4,9 en 1975-1980 à 3,6 en 1985-1990, le taux de prévalence contraceptive est passé de 30 % en 1976 à 53 % en 1987 (Ofosu, 1995), soit un taux de croissance annuel de 5 %.

Bien que les expériences soient différentes, on a souvent attribué ces réussites liées à la « focalisation sur la réduction de la fécondité à travers des services de planification familiale de qualité », à un engagement politique fort et durable (Ofosu, 1995). Ces conditions ne sont pas tout à fait réunies au Burkina Faso, compte tenu notamment du caractère récent de la politique en la matière. Par ailleurs, en prenant en compte tous les obstacles socio-culturels cités précédemment, on peut à juste titre se demander si l'objectif déclaré dans la politique de population, d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 60 % d'ici l'an 2005, n'est pas trop ambitieux. Qui plus est, lors de l'enquête démographique et de santé de 1993, 54 % des femmes en union et non utilisatrices de méthode de contraception déclaraient ne pas avoir l'intention d'en utiliser une à l'avenir ; la

raison essentielle avancée étant le désir d'avoir des enfants (41 % des femmes), suivie du manque d'information (17 %) (Ilboudo, 1994).

De l'évolution future de la fécondité

La scolarisation continuera sans doute à croître au Burkina Faso, surtout si l'on tient compte de l'objectif pour le moins ambitieux du gouvernement, d'atteindre la scolarisation universelle, soit un taux de scolarisation dans le primaire de 100 %, d'ici l'an 2010. On peut donc s'attendre, non seulement à un recul de l'âge au mariage, mais aussi à une augmentation de la prévalence contraceptive, dans la mesure où une relation positive entre l'instruction et l'utilisation de la contraception a été établie (Ilboudo, 1994).

Déjà en 1981, L. Demers (1981) écrivait « qu'il n'y aura vraisemblablement aucune modification importante de la fécondité, à moins d'une baisse sensible de la mortalité infantile, d'une éducation généralisée et de modifications socio-économiques substantielles au sein de la famille, trois éléments fortement liés ». Si la baisse sensible de la mortalité infantile est aujourd'hui une réalité, son niveau reste encore élevé. Quant à l'éducation généralisée, elle est encore un objectif lointain à atteindre, et les changements au sein de la famille sont de nos jours de nature variée. En effet, la tendance n'est pas systématiquement à la « nucléarisation » malgré la crise actuelle qui frappe les pays africains car « vivre en ménage de grande taille, comme le font la majorité des africains permet aussi de faire des économies d'échelle en ce qui concerne le logement, l'organisation de la « cuisine », la surveillance des enfants et les soins aux personnes âgées » (Locoh, 1995).

A cela il faut ajouter le désir d'un nombre élevé d'enfants. Lors de l'enquête démographique et de santé en 1993, 80 % des femmes ayant 3 enfants en vie ont déclaré en vouloir un autre. Cette proportion est respectivement de 68 %, 53 % et 28 % pour celles ayant 4 enfants, 5 enfants et 6 enfants et plus vivants (Ayad, 1994). Aussi semble-t-il plus réaliste de postuler une baisse modérée du niveau et une évolution lente du calendrier de la fécondité.

CONCLUSION

Le Burkina Faso se situe actuellement dans la première phase de la transition démographique. En effet, alors que depuis 1960 la mortalité n'a fait que baisser, la fécondité continue de croître, même si elle connaît ces dernières années un début de stabilisation. Cette augmentation de la fécondité sur le long terme est en partie due à la baisse de l'infécondité. On observe toutefois une lente évolution vers la baisse de la fécondité, du fait essentiellement du recul de l'âge au mariage. Cette tendance est perceptible à l'échelle nationale, mais le processus de transition de la fécondité en est à des étapes différentes suivant le milieu de résidence : en milieu urbain, et plus particulièrement à Ouagadougou la capitale, la baisse est déjà nettement amorcée, alors qu'en milieu rural elle n'est pas encore perceptible.

Ces évolutions de la fécondité ont été moins la conséquence d'une politique de planification familiale que de l'amélioration des conditions sanitaires et du niveau de scolarisation. En effet, la prévalence contraceptive demeure faible au Burkina Faso compte tenu, entre autres, du caractère récent de la politique de planification familiale. Avec le développement des campagnes d'information-éducation-communication et la prise en compte de plus en plus importante de l'homme dans les programmes de planification familiale, l'utilisation de la contraception connaîtra probablement une augmentation. Mais compte tenu de son niveau actuel, son impact sur la fécondité dans le court et moyen termes sera modéré.

Mais la contraception n'est sans doute pas le seul facteur de l'évolution future de la fécondité. L'évolution à la baisse de la mortalité infantile aura également, à long terme, un effet sur le niveau de la fécondité. Par ailleurs, nous connaissons encore assez mal les effets éventuels de l'évolution récente des migrations, surtout internationales, du programme d'ajustement structurel entrepris depuis 1991, ainsi que de la dévaluation récente du franc CFA.

Références bibliographiques

- AYAD M., 1994, « Préférences en matière de fécondité », in KONATÉ D. H., SINARÉ T. ET SEROUSSI M. (éds.), *Enquête Démographique et de Santé 1993 - Burkina Faso*, INSD/Macro International Inc.), pp. 77-87.
- BAKOUAN D., 1994, « La santé maternelle et infantile », in *Analyse de l'Enquête Démographique 1991, Troisième partie*, INSD, Ouagadougou, pp. 5-27.
- BENOIT D., LACOMBE B., LÉVI P., LIVENAIS P. et SODTER F., 1980, *Kongoussi-Tikaré. Enquête de sources complémentaires en milieu rural Mossi (Haute-Volta, 1978). Méthodologie et premiers résultats*, Orstom, Paris, 59 p.
- BENOIT D., LACOMBE B., LÉVI P., LIVENAIS P. et SODTER F., 1982, *Mariatang. Enquête de sources complémentaires en pays Dagara (Haute-Volta)*, Orstom, Paris, 75 p.
- BENOIT D., LACOMBE B., LÉVI P., LIVENAIS P. et SODTER F., 1982, *Réo. Enquête démographique sur registres paroissiaux en pays gurunsi (Haute-Volta)*, Orstom, Paris, 70 p.
- BONGAARTS J., MAULDIN W. P. et PHILLIPS J. F., 1990, *The demographic impact of family planning programs*, The Population Council Research Division, Working Papers, n° 17.
- DEMERS L., 1981, *La fécondité en Haute-Volta : 1960-1976*, INSD/DRD, Ouagadougou, 112 p.
- ILBOUDO F., 1994, « Planification familiale » in KONATÉ D. H., SINARÉ T. ET SEROUSSI M. (éds.), *Enquête Démographique et de Santé 1993 - Burkina Faso*, INSD/Macro International Inc., pp. 43-62.
- INSD, 1984, *Enquête Post-censitaire en Haute-Volta, 1976. Quelques aspects de la fécondité des femmes voltaïques*, Ouagadougou, 91 p.
- INSD, 1990, *Recensement général de la population, Burkina Faso 1985. Analyse des résultats définitifs*, Ouagadougou, 318 p.
- INSD, 1995, *Analyse des résultats de l'enquête démographique 1991*, Deuxième édition, Ouagadougou, 358 p.

- KABORE Y., 1994, La fécondité in *Analyse de l'Enquête Démographique 1991, Deuxième partie*, INSD, Ouagadougou, pp. 63-93.
- KONATÉ D. H., SINARÉ T. ET SEROUSSI M. (éds.), 1994, *Enquête Démographique et de Santé 1993 - Burkina Faso*, INSD/Macro International Inc., 296 p.
- LOCOH, T., 1995, *Familles africaines, population et qualité de la vie*, Les dossiers du Cepad, n° 31, 48 p.
- MEFSN, 1986, *Rapport final des rencontres de concertation et réajustement du plan d'action en matière de planification familiale*, Ouagadougou
- MPC/CONAPO, 1991, *Politique de population au Burkina Faso*, Ouagadougou, 44 p.
- MSAS/DSF/THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 1989, *Enquête initiale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques liées à la planification familiale dans deux provinces du Burkina Faso*, Ouagadougou, 43 p.
- M.S.P, 1984, *Rapport de l'atelier sur la planification familiale du 28 au 30 Mai 1984 à Ouagadougou*, 24 p.
- OFOSU Y., 1995, « Politiques et transitions de fécondité dans le Tiers Monde: des échecs, des réussites, de l'incertain », in TABUTIN D., EGGERCICKX T. et GOURBIN C. (éds.), *Chaire Quetelet 1992. Transitions démographiques et sociétés*, Academia-L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp. 603-638.
- OUEDRAOGO T. M., 1994, « Planification familiale » in *Analyse de l'Enquête Démographique 1991, Troisième partie*, INSD, Ouagadougou, pp. 29-62.
- RETEL-LAURENTIN A., 1979, *Causes de l'infécondité dans la Volta Noire*, Paris, PUF, 100 p.
- SCHOENMAECKERS R., 1988, « Niveaux et tendances de la fécondité », in TABUTIN D. (éds.), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris, pp. 111-139.
- SINARE T., 1994, « Fécondité » in KONATÉ D. H., SINARÉ T. ET SEROUSSI M. (éds.), *Enquête Démographique et de Santé 1993 - Burkina Faso*, INSD/Macro International Inc. (éds.), pp. 25-41.

FÉCONDITÉ ET PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

- TANKOANO F., 1989, *Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale dans un village Gourmatché (Burkina Faso)*. Thèse d'Etat de Doctorat de Médecine, Université de Ouagadougou, 121 p.
- YAMEOGO S. J., 1992, *Planification familiale en milieu rural : exemple d'un village mossi (Burkina Faso)*, Mémoire de Maîtrise en Géographie, Université de Ouagadougou, 139 p.
- YEREMGANGA S., 1994, « Etat de la Population », in *Analyse de l'Enquête Démographique 1991, Première partie*, INSD, Ouagadougou, pp. 5-34.

CHAPITRE 9

LA FÉCONDITÉ EN MILIEU RURAL SÉNÉGALAIS : À QUAND LA TRANSITION ?

Valérie DELAUNAY

Chercheur à l'IRD¹, membre de l'ETS²

à la mémoire d'Anouch CHAHNAZARIAN³

INTRODUCTION

L'évolution future de la fécondité des pays d'Afrique au sud du Sahara reste au coeur des interrogations actuelles en démographie. Bien que l'on observe un début de baisse de la fécondité dans certains pays, au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe (Caldwell *et al.*, 1992 ; Caldwell et Caldwell, 1993 ; Cleland *et al.*, 1994), et dans certains centres urbains, bon nombre de pays conservent une forte fécondité. La baisse de la mortalité, depuis une trentaine d'années, associée à la stabilité de la fécondité, conduit à une croissance de la population de plus en plus préoccupante.

Malgré une prise de position politique en faveur d'une maîtrise de la fécondité, l'action des gouvernements sur la fécondité reste la plupart du temps insuffisante. Les efforts de décentralisation des activités en matière de santé maternelle et infantile et de planification

¹ Institut de recherche pour le développement, Paris, France.

² Équipe de recherche « Transition de la fécondité et santé de la reproduction »

³ Anouch Chahnazarian, malheureusement décédée, est à l'origine de l'enquête utilisée et de la collecte des données.

des naissances ne concernent souvent que les grands centres urbains et l'ensemble du monde rural reste en marge de ces actions.

Cependant, d'autres facteurs peuvent conduire à des changements de comportement en matière de fécondité. Ainsi, en dépit de la grande diversité culturelle qui existe en Afrique subsaharienne, les pays qui la composent se caractérisent par une organisation sociale particulière qui les différencie des pays des autres régions du monde (Lesthaeghe, 1989 ; Cleland *et al.*, 1994). La reproduction sous le contrôle social du groupe familial, l'appartenance des enfants au lignage plutôt qu'au couple, la compensation matrimoniale, le culte des ancêtres, la non-appropriation des terres, sont autant de points communs aux différents pays d'Afrique subsaharienne. Mais, partout, cette organisation sociale semble s'éroder. La monétarisation, la privatisation des terres, l'urbanisation, le développement des activités non agricoles (commerce, service, industrie), la scolarisation, les migrations, remettent en question l'organisation traditionnelle. Ces changements ne sont pas sans conséquences sur les comportements démographiques et, en tout premier lieu, sur les comportements relatifs à la reproduction.

L'objectif de cette étude est de montrer que, dans un contexte rural, de type soudano-sahélien, la relative immobilité des niveaux de fécondité masque l'émergence de certains changements démographiques. Ces changements sont en relation avec les transformations socio-économiques liées à la crise. Cependant, ils ne pourront vraisemblablement se concrétiser qu'avec la diffusion des moyens modernes de contraception.

Nous nous proposons de tester dans ce chapitre, à l'aide des résultats d'une enquête menée auprès de femmes de différentes générations d'un milieu rural sénégalais, l'hypothèse d'une évolution récente de la fécondité, à travers ses deux composantes : le calendrier (la répartition des naissances au cours de la vie) et l'intensité (le nombre total de naissances vivantes par femme), et d'étudier les facteurs contribuant à cette évolution.

NIVEAUX ET TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Comme un grand nombre de pays, le Sénégal a pris conscience de l'importance des problèmes consécutifs à une trop forte croissance démographique. Dès 1979 on assiste à la création d'une institution chargée de ce dossier, la Commission nationale de la population, mais c'est en 1988 seulement que le Sénégal adopte officiellement une déclaration de politique de population comportant un volet sur la maîtrise de la fécondité. Malgré cette prise de position, les applications concrètes restent faibles et sont surtout visibles dans les centres urbains.

Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ont permis de mettre en évidence les tendances récentes de la fécondité au Sénégal. Celle-ci, précoce et traditionnellement déterminée par la nuptialité (l'âge au mariage et le temps passé en union), évolue tant en intensité qu'en calendrier, et varie selon le groupe socio-culturel (Ndiaye *et al.*, 1988 ; Ndiaye *et al.*, 1994).

L'analyse conjoncturelle permet de révéler une baisse récente de la fécondité : l'indice synthétique de fécondité (ISF) entre 15 et 49 ans est passé de 7,2 en 1978 à 6,6 en 1986 et à 6,0 en 1992 (EDS, 1992-93) (tableau 1). Cette baisse se vérifie quel que soit le milieu de résidence (urbain ou rural), l'instruction, la religion ou l'ethnie, mais elle s'effectue à des rythmes différents.

La baisse de la fécondité est plus forte en milieu urbain et scolarisé et les différences de niveaux sont frappantes parmi les jeunes générations. On constate en effet une différence particulièrement importante de la fécondité des jeunes filles de 15 à 19 ans selon le milieu de résidence : les taux de fécondité sont en milieu rural de 210 pour mille en 1986 et 167 pour mille en 1992 (tableau 1), alors qu'en milieu urbain, ils sont de 98 pour mille en 1986 (Bledsoe et Cohen, 1993) et 78 pour mille en 1992 (Ndiaye *et al.*, 1994). Cette différence s'explique en partie par la scolarisation et le retard au mariage : les proportions de non scolarisées et de non célibataires sont nettement plus faibles en milieu urbain qu'à la campagne (respectivement 41 % contre 91 % et 20 % contre 63 % en 1986) (Bledsoe et Cohen, 1993).

CHAPITRE 9

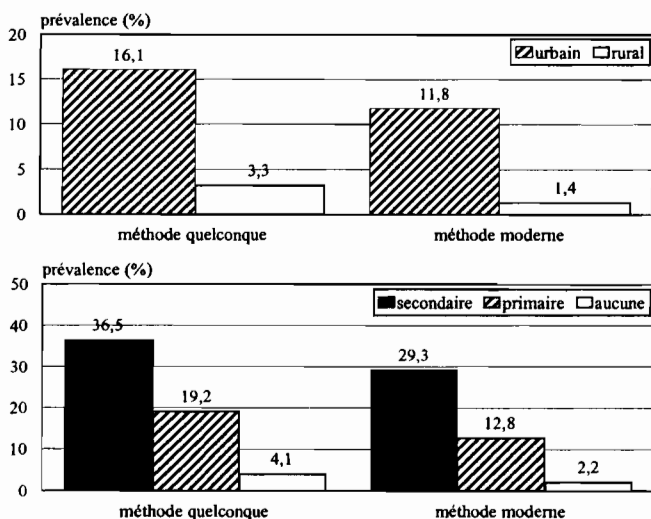
TABLEAU 1. TAUX DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE ET INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ AU SÉNÉGAL, POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION ET LE MILIEU RURAL

Groupe d'âges	Taux de fécondité (pour mille)					
	ESF 1978		EDS 1986		EDS 1992-1993	
	Ensemble	Rural	Ensemble	Rural	Ensemble	Rural
15-19 ans	189	233	159	210	127	167
20-24 ans	304	308	279	296	250	290
25-29 ans	332	324	278	293	266	292
30-34 ans	265	285	261	282	244	257
35-39 ans	197	201	199	207	185	193
40-44 ans	108	112	107	120	99	01
45-49 ans	34	38	40	54	34	47
ISF (15-44)			6,4	7,1	5,9	6,5
ISF (15-49)	7,2	7,5	6,6	7,3	6,0	6,7

Source : Direction de la Statistique, 1981 ; Ndiaye *et al.*, 1988, 1994.

La baisse de la fécondité résulte aussi partiellement de la pratique de la contraception. On sait qu'au Sénégal, la prévalence contraceptive est faible, mais les derniers résultats montrent une augmentation de la pratique contraceptive parmi les femmes en union (figure 1). Les taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) passent de 1,3 % en 1978, à 6,7 % en 1986 et 7,4 % en 1992, et pour les méthodes modernes de respectivement 0,6 %, 2,4 % et 4,8 %. Pourtant, la pratique de la contraception reste le fait d'une minorité de femmes et la prévalence se maintient à un niveau très bas en milieu rural et non scolarisé. C'est en effet dans les villes et parmi les groupes de femmes de niveau scolaire primaire ou secondaire que la prévalence est la plus forte (figure 1). Par ailleurs, l'accès à la contraception des adolescents est encore aujourd'hui très faible. Ce point fait du reste l'objet d'attention particulière des programmes pilotes visant à améliorer le fonctionnement des centres de planification familiale.

FIGURE 1. TAUX DE PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE POUR LES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET LE NIVEAU SCOLAIRE AU SÉNÉGAL - EDS-II 1992-1993



LE CONTEXTE SOCIAL ET ÉCONOMIQUE DE NIAKHAR

La zone d'étude de Niakhar est située à 150 kilomètres de Dakar ; trente villages font l'objet d'une observation continue depuis 1983. La population y est relativement homogène en regard de l'ethnie (sérère), de l'activité (essentiellement agricole) et du niveau d'instruction (très faible). C'est une société de cultivateurs qui vivent d'une culture de subsistance, le mil, et d'une culture de rente, l'arachide, en association avec l'élevage de bovins, dont les grands troupeaux représentent traditionnellement la richesse.

L'organisation sociale se cristallise autour du matrilineage qui détient la richesse collective et contrôle le système d'héritage. C'est grâce au matrilineage que les jeunes hommes rassemblent de quoi payer la compensation matrimoniale demandée pour leur mariage. Le contrôle familial et social sur la formation des unions est encore puissant et s'exerce notamment sur les règles de choix du conjoint.

Les jeunes participent très tôt aux travaux agricoles et, pour les filles, aux travaux domestiques. Mais l'agriculture est en crise et conduit les familles à développer des stratégies migratoires, dont les jeunes sont les principaux acteurs. En effet, la dégradation des conditions de vie au village (manque de terre, problème de soudure, faible rapport des cultures de rente) et la pression familiale incitent les jeunes à migrer vers la ville à la recherche d'un emploi. Les très jeunes sont surtout concernés par les migrations saisonnières, particulièrement les filles qui trouvent à s'employer comme domestiques dès l'âge de 8 ans.

La migration saisonnière a pris une ampleur considérable. Aujourd'hui, plus de 80 % des jeunes filles ont déjà eu une expérience urbaine. Les séjours semblent de plus en plus longs et répétés. Les départs s'insèrent dans des réseaux de migrations, essentiellement fondés sur le voisinage et l'amitié. La plupart des migrantes sont célibataires. Elles partent pour travailler, à Dakar essentiellement. Elles sont sous la responsabilité d'une aînée avec qui elles logent. Le contrôle social, que ne peut plus exercer la famille, est alors délégué à la responsable de la chambre, mais aussi à un parent éventuellement présent à Dakar qui a des contacts fréquents avec la migrante et qui gère son argent. Les salaires très faibles ne permettent pas de gains économiques importants et les envois d'argent au village sont rares (Delaunay, 1994a).

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

On a pu montrer, dans une étude précédente (Delaunay, 1994b), que cette population connaît d'importantes mutations d'ordre socio-économique dont les conséquences démographiques ne sont pas à négliger. On observe ainsi un mouvement de recul de l'âge au premier mariage qui, associé à une stabilité de l'âge des premiers rapports

sexuels, conduit en l'absence de contraception à une augmentation des conceptions et naissances avant le mariage. Si l'âge d'entrée en vie féconde ne semble pas être modifié, on peut s'attendre à une évolution du calendrier ultérieur de la fécondité. En effet, une des résultantes de la fécondité pré-nuptiale est une adaptation du système matrimonial par une modification des exigences en matière de compensation matrimoniale, afin de favoriser la « légitimation » de ces naissances. Le processus de mariage peut être concrétisé par une célébration religieuse, sans pour autant que la compensation matrimoniale soit versée. Mais l'installation de la femme dans le foyer conjugal reste conditionnée à la totalité du versement. La célébration du mariage par étapes successives et décalées dans le temps suggère que l'on va vers une augmentation des unions sans co-résidence, ou avec une co-résidence tardive. On peut aussi penser que la stabilité des unions en est affectée, ce qui conduit à s'interroger sur les effets d'une telle évolution sur la constitution de la descendance.

L'ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ À NIAKHAR

Les données utilisées sont celles d'une enquête rétrospective effectuée en 1992, auprès de 3 450 femmes résidant et ayant eu une naissance ou un mort-né dans la zone d'étude de Niakhar. L'objectif de cette enquête était de reconstituer leur histoire génésique et de connaître leur état matrimonial au moment de la première naissance⁴.

La constitution de la descendance selon le groupe de générations

Les prémices d'une baisse de la fécondité générale ?

La répartition des naissances selon l'âge des mères et leur génération permet de calculer les taux de fécondité par groupe d'âges et d'en observer l'évolution au fil des générations⁵ (tableau 2, figure 2).

⁴ Pour plus de détails sur les circonstances de l'enquête, voir V. Delaunay, 1994b, pp. 283-285.

⁵ Les taux de fécondité des dernières classes d'âges ont été calculés en tenant compte de l'effet de troncature à droite, inhérent aux enquêtes rétrospectives. Nous avons fait l'hypothèse d'une équi-répartition des naissances entre les deux anniversaires, avant et après la date de l'enquête.

CHAPITRE 9

TABLEAU 2. TAUX DE FÉCONDITÉ PAR GROUPE D'ÂGES ET GROUPE DE GÉNÉRATIONS (POUR MILLE)

Groupe de générations	Groupe d'âges de la mère à la naissance								Effectif
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1973-77	18	465*							
1968-72	12	199	400*						615
1963-67	17	177	357	348*					705
1958-62	19	209	352	370	359*				689
1953-57	31	185	357	368	351	281*			531
1948-52	29	192	357	381	362	295	166*		346
1943-47	17	132	313	378	378	345	260	61*	235
1938-42	18	124	261	364	381	358	316	139	95
1933-37	20	120	220	380	400	400	280	300	10
Total									3 450

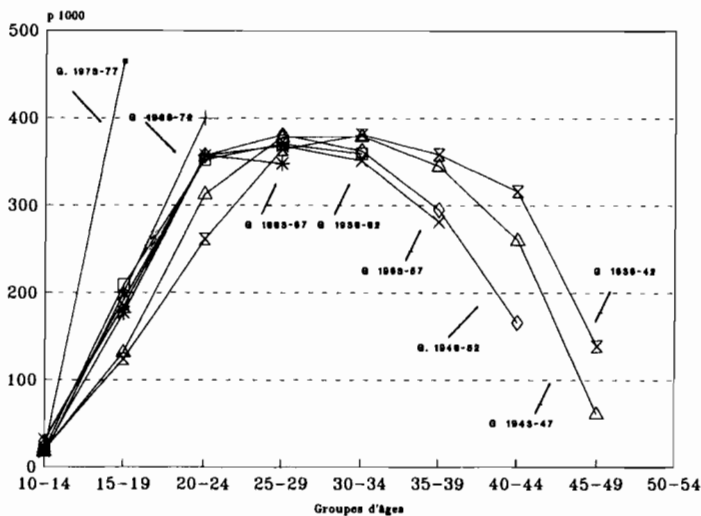
Source . calculs propres d'après les données du Projet Niakhar.

* Taux estimés

La lecture de la courbe des taux de fécondité par âge et génération (figure 2) peut se faire en deux parties. La première concerne les taux de fécondité avant 25 ans. Elle pourrait porter à conclure à une hausse des taux de fécondité puisque les générations les plus jeunes présentent des taux plus élevés. Sans toutefois écarter complètement cette hypothèse, il convient d'être très prudent sur les conclusions car deux biais importants interviennent : d'une part, parmi les générations les plus jeunes (1968-1977), la fécondité est surestimée en raison de la méthode d'échantillonnage qui n'a sélectionné que les femmes ayant eu un enfant ou un mort-né dans la zone d'étude, au cours de la période d'observation ; d'autre part, les femmes des générations les plus âgées à l'enquête ont pu omettre de déclarer certains événements produits au début de leur vie féconde, d'où une sous-estimation de leur taux de fécondité aux jeunes âges.

La seconde partie de la courbe, moins sujette aux biais inhérents à la méthode de collecte, suggère une évolution vers une baisse des taux de fécondité à partir de 30 ans.

FIGURE 2. TAUX DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE ET GÉNÉRATION



En combinant les taux de fécondité générale par âge et génération et en les cumulant, on obtient les descendance atteintes à différents anniversaires (tableau 3, figure 3). La descendance finale a pu être calculée pour deux groupes de générations qui ont achevé ou presque achevé leur vie féconde. On obtient ainsi une descendance de 9,81 enfants par femme pour les générations 1938-1942, et de 9,43 enfants par femme pour les générations 1943-1947. Les générations suivantes devraient avoir des descendance moins nombreuses, compte tenu de la baisse des taux de fécondité par âge.

Ces résultats sont liés à l'évolution des taux de fécondité par âge et leur interprétation relève de la même discussion. Les descendance atteintes à 20 ans sont surestimées pour la dernière observation, toujours en raison de la technique d'observation. C'est à partir de 30 ans que les courbes, après une remontée pour les générations les plus anciennes, marquent un léger mouvement à la baisse.

CHAPITRE 9

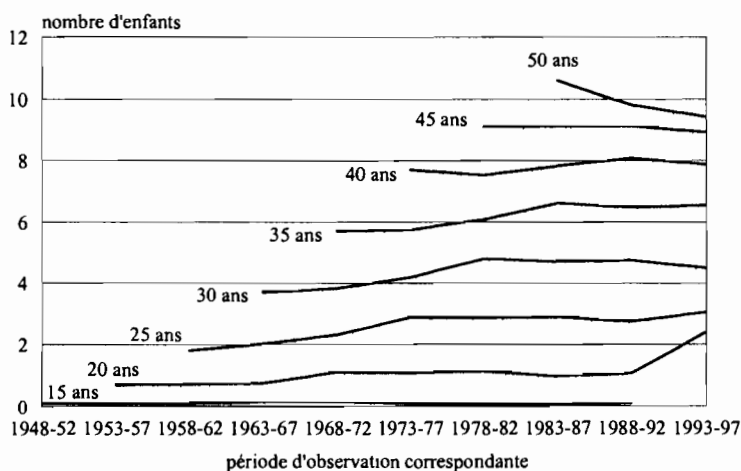
TABLEAU 3. DESCENDANCE ATTEINTE À CHAQUE ANNIVERSAIRE SELON LE GROUPE DE GÉNÉRATIONS

Groupe de générations	Anniversaire en année						Effectif		
	15	20	25	30	35	40		45	50
1973-77	0.09	2.40*							223
1968-72	0.06	1.06	3.06*						615
1963-67	0.08	0.97	2.76	4.50*					705
1958-62	0.09	1.14	2.90	4.75	6.54*				689
1953-57	0.16	1.08	2.87	4.71	6.47	7.87*			531
1948-52	0.15	1.11	2.89	4.80	6.61	8.08	8.92*		346
1943-47	0.09	0.75	2.31	4.20	6.09	7.82	9.12	9.43*	235
1938-42	0.09	0.72	2.02	3.84	5.75	7.54	9.12	9.81	95
1933-37	0.10	0.70	1.80	3.70	5.70	7.70	9.10	10.6	10
Total									3 450

Source : calculs propres d'après les données du Projet Niakhar.

* Descendances incluant des taux estimés

FIGURE 3. ÉVOLUTION DES DESCENDANCES ATTEINTES À CHAQUE ANNIVERSAIRE SELON LA PÉRIODE D'OBSERVATION CORRESPONDANTE



L'évolution de la fécondité, si elle existe, n'est pas une évolution brutale. Nous discuterons plus loin les problèmes méthodologiques liés à l'analyse rétrospective, et reverrons nos conclusions sous cet

éclairage. Un autre élément peut nous aider à mieux comprendre l'évolution de la fécondité : les intervalles entre les naissances.

Une stabilité des intervalles entre les naissances, en relation avec l'allaitement

Les intervalles entre les naissances, ou intervalles intergénésiques, ont pu être calculés pour cet échantillon de femmes enquêtées de manière rétrospective. Comme dans beaucoup de pays d'Afrique de l'Ouest, la notion d'intervalle entre les naissances est bien connue des femmes, et les intervalles trop rapprochés sont désapprouvés, l'arrivée trop précoce du second enfant pouvant compromettre la survie du premier (Locoh, 1984).

L'intervalle moyen entre les naissances, toutes générations, tous rangs confondus, quelle que soit l'issue de la grossesse précédente et en incluant les naissances gémellaires, est de 32,31 mois, avec un écart-type de 10,3 mois. La grande variabilité provient du fait que la durée de l'intervalle est très différente selon que l'enfant précédent est vivant ou non, et selon son âge au décès. En effet, l'intervalle entre les naissances, en l'absence de pratique d'une contraception efficace, est assuré par l'aménorrhée post-partum liée à la pratique d'un allaitement prolongé. La sécrétion de prolactine, provoquée par la succion du mamelon, inhibe l'ovulation, et retarde ainsi le retour à l'état fertile des mères. L'inhibition de l'ovulation est d'autant plus probable que les tétées sont fréquentes et abondantes. En cas de décès précoce d'un enfant, l'ovulation reprend plus rapidement et l'intervalle est plus court.

En 1963-65, l'intervalle intergénésiq ue moyen dans la même zone a été estimé à 30,9 mois (Cantrelle et Leridon, 1971), soit le même ordre de grandeur ; on ne peut pas parler d'évolution notable. La durée moyenne d'allaitement était de 24,3 mois en 1963-65 dans la même zone (Cantrelle et Leridon, 1971) et de 23 mois en 1983-84 (Garenne *et al.*, 1987). La durée médiane a été calculée en 1991 : elle est de 26 mois. La distribution de l'âge moyen au sevrage étant étirée vers la droite, la médiane est supérieure à la moyenne, et l'on peut donc penser que la durée moyenne d'allaitement n'a guère évolué.

Rappelons que la contraception n'est pas pratiquée, ou ne l'est que de façon marginale. L'abstinence post-partum est de courte durée (environ 45 jours). C'est donc la pratique de l'allaitement qui permet

d'obtenir un tel espacement entre les naissances. L'intervalle entre les naissances peut varier selon l'âge de la mère et donc selon le rang de la naissance. La durée écoulée entre deux naissances successives a pu être calculée selon le rang de la première des deux naissances : les intervalles ne sont pas significativement différents (tableau 4).

TABLEAU 4. INTERVALLE MOYEN ENTRE LES NAISSANCES PAR GROUPE DE GÉNÉRATIONS, SELON LE RANG DE LA PREMIÈRE NAISSANCE

Groupe de générations	Intervalle ^a								Intervalle moyen ^b
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}	7 ^{ème}	8 ^{ème}	
73-77	26	24							25
68-72	30	30	28	30	26	25			30
63-67	31	31	30	27	29	28	20	29	31
58-62	32	33	31	31	30	28	27	26	33
53-57	32	32	32	32	31	31	29	29	33
48-52	32	31	31	32	32	32	32	33	34
43-47	31	33	33	31	32	32	32	33	33
38-32	31	34	31	32	30	32	28	33	33
33-37	34	39	35	23	26	29	31	33	32
28-32	17	30	19	37	21	19	38	20	26
total	31,4	31,8	31,4	31,0	31,1	31,0	30,2	31,8	32,3

Source : calculs propres d'après les données du Projet Niakhar.

^a Seuls les 8 premiers intervalles sont présentés, les autres se rapportant à de petits effectifs.

^b tous rangs confondus, du 1^{er} au 14^{ème}

Pour un même rang de naissance, l'évolution des intervalles selon les générations présente (surtout pour les rang 5 et 6) une tendance au raccourcissement, résultat qui viendrait en contradiction avec la baisse de la fécondité. Mais ceux-ci sont largement biaisés par le fait que l'intervalle n'a pu être calculé que pour des femmes ayant atteint cette parité, qui sont donc les plus fécondes. Si l'on observe les générations antérieures à 1962, c'est-à-dire qui ont plus de 30 ans à l'enquête, on constate que les intervalles sont stables d'un groupe de générations à l'autre.

Peut-on parler d'évolution de la fécondité ?

Même si la méthode de reconstitution des histoires génésiques des femmes par interrogatoire est considérée comme l'une des meilleures pour mesurer la fécondité, elle reste entièrement liée à la mémoire de l'enquêtée et à la difficulté de dater des événements passés.

Les histoires génésiques utilisées ici sont, pour les mêmes femmes, de qualité différente. Les naissances postérieures à 1983 ont été enregistrées par la base de données de manière prospective, avec une datation précise. Elles sont peu sujettes aux omissions. Les dates des naissances antérieures à 1983, ou qui se sont produites avant que la mère ne réside dans la zone d'étude, sont estimées par les enquêteurs. Donc plus les femmes sont âgées, plus la part des dates de naissance estimées est importante. Il peut se produire un effet de décalage des dates de naissance déclarées. Si les femmes ont tendance à « rapprocher » les événements de la date d'observation, c'est-à-dire à déclarer les naissances plus tard qu'elles ne se sont produites, le retard sera d'autant plus élevé que la période d'observation est grande. À un même âge, les femmes d'une génération quelconque paraîtront avoir une fécondité plus élevée que les femmes des générations précédentes. Inversement, si les femmes ont tendance à déclarer l'événement à une date antérieure à laquelle il s'est produit, les femmes d'une génération quelconque paraîtront avoir une fécondité plus faible que celles des générations précédentes.

Par ailleurs, on peut supposer que l'évolution des comportements reproductifs constitue une rupture avec la norme traditionnelle, en relation avec la scolarisation et le contact avec la ville, et concerne par conséquent en priorité les jeunes générations. Les résultats obtenus pour les plus jeunes générations, c'est-à-dire les moins de 25 ans à l'enquête, s'appuient sur des données extrêmement fiables, puisqu'elles se rapportent à des naissances enregistrées de manière continue par la base de données. Cependant, c'est pour ces femmes que le taux de couverture de l'enquête est le plus faible, surtout pour les 15-19 ans où seulement 20 % des femmes ont été interrogées, et cela de manière sélective. Il est donc clair que les taux de fécondité aux jeunes âges sont fortement surestimés. On pourrait cependant se demander si cet artefact ne masque pas une modification des comportements reproductifs aux jeunes âges, qu'elle aille dans le sens d'une hausse ou d'une baisse de la fécondité.

Pour tenter de répondre à cette question, nous allons nous appuyer sur des analyses transversales effectuées sur la période d'observation (1984-1991) et sur l'ensemble des villages.

L'entrée en vie féconde

Un calendrier stable

Le calcul des proportions de femmes sans enfant (de parité nulle) à chaque premier janvier et selon l'année de naissance, nous a permis de calculer, sous une hypothèse d'équi-répartition, les proportions de femmes sans enfant aux âges exacts et par génération et ainsi d'en déduire une valeur approchée de l'âge médian à la première naissance pour chaque génération (celui auquel 50 % des filles ont eu une naissance vivante). Ce calcul est possible pour sept générations (1965 à 1971) avec une estimation pour celle de 1972 (tableau 5).

TABLEAU 5. PROPORTIONS (%) DE FEMMES SANS ENFANT SELON L'ÂGE ET LA GÉNÉRATION ET ÂGE MÉDIAN À LA PREMIÈRE NAISSANCE, À NIAKHAR

Âge	Génération									
	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
16				92,5	94,3	93,0	92,4	93,0	93,4	91,6
17			72,7	82,0	86,0	84,2	83,4	83,7	83,5	82,8
18		69,3	65,0	70,6	72,9	72,7	70,7	70,8	68,0	69,7
19	53,5	55,0	50,8	56,1	58,1	58,1	56,0	57,4	51,8	56,4
20	37,5	42,4	39,1	38,9	43,8	44,4	39,5	41,7	41,1	43,6
21	27,5	27,0	29,6	24,8	31,7	31,2	25,8	26,4	33,1	
22	20,8	16,3	18,2	16,8	24,1	21,9	17,3	19,6		
Âge médian	19,2	19,4	19,1	19,3	19,6	19,6	19,4	19,5	19,2	19,5

Source : calculs propres d'après les données du Projet Niakhar.

L'âge médian à la première naissance est relativement stable sur la période ; pourtant on peut noter une légère tendance à la hausse. Son évolution n'est pas aussi nette que le recul de l'âge au premier mariage (dont la médiane passe de 17,1 ans pour la génération 1966 à 18,7 ans pour la génération 1976), mais il semble cependant en subir l'influence.

Mais la durée d'observation n'est peut-être pas suffisamment importante pour mettre en évidence une évolution. L'enquête sur les histoires génésiques permet un recul plus important que le travail sur la base de données prospectives, mais le calcul des âges à la première maternité repose pour bien des femmes sur l'estimation des dates de naissances. Il est possible, pour les femmes enquêtées, de calculer l'âge moyen à la première naissance. Celui-ci est de 18,6 ans. Il est relativement stable selon le groupe de générations, avec une valeur plus faible pour les femmes âgées de 15 à 19 ans (16,3) et plus forte pour les femmes âgées de 50 à 54 ans (21,6). Les biais introduits par l'enquête peuvent expliquer ces différences sans que l'on puisse parler véritablement d'entrée en vie féconde de plus en plus précoce.

Amplification de la fécondité prénuptiale

Outre l'âge auquel la femme entre dans la vie féconde, il est intéressant de connaître les circonstances qui entourent la première naissance, essentiellement la situation matrimoniale de la mère à ce moment. Différentes études sur cette même population ont montré que la sexualité prénuptiale, bien que réprimée dans les discours, semble le fait de plus de la moitié des femmes (Garenne *et al.*, 1992 ; Delaunay, 1994b ; Becker, 1991). La contraception, quant à elle, est relativement connue, mais encore très peu pratiquée (Delaunay et Becker, 1994).

La fécondité prénuptiale est importante chez les jeunes filles de moins de 25 ans : une naissance de premier rang sur 6 est prénuptiale, et une sur 4 est issue d'une conception hors mariage (Delaunay, 1994 b). Les facteurs qui ont été statistiquement identifiés comme favorisant les conceptions prénuptiales sont l'instruction et la migration saisonnière. L'accès à la scolarisation est encore très minoritaire (en 1991, 78 % des femmes de 15 à 24 ans n'ont jamais été à l'école). Par contre, la migration saisonnière des jeunes filles, qui a débuté dans les années 1950, connaît un essor particulier ces dernières années sous la pression de la crise économique (plus de 80 % des femmes de moins de 35 ans ont effectué au moins une migration saisonnière). Les femmes instruites conçoivent plus souvent avant le mariage (une naissance de rang 1 sur trois) que les femmes sans instruction (une sur 5). L'expérience urbaine est également un facteur important de conceptions prénuptiales.

Certains indices nous permettent cependant de penser que les difficultés d'ordre économique rencontrées par les candidats au mariage lors des années de récolte médiocre (notamment pour s'acquitter de la compensation matrimoniale) ont des conséquences directes sur la fécondité pré-nuptiale. On a trop tendance à aborder les naissances et les conceptions pré-nuptiales sous l'angle de la détérioration de la « moralité », du contrôle social des familles et de considérer qu'elles traduisent une dégradation des mœurs des jeunes. Dans une société comme celle de Niakhar, où l'équilibre entre besoins et ressources est largement tributaire de la production agricole, donc des aléas climatiques, des conditions économiques défavorables peuvent entraîner un retard des mariages. Un certain nombre de conceptions auront lieu, de ce fait, hors mariage. La venue d'une naissance pré-nuptiale n'apparaît d'ailleurs pas comme une barrière au mariage (la quasi totalité des femmes se marie dans les 5 années qui suivent) mais n'apparaît pas non plus comme une incitation immédiate au mariage pour sanctionner une relation « illégitime » (un tiers des mères célibataires le sont toujours 3 ans après la naissance).

L'enquête sur les histoires génésiques nous fournit des données sur le type de naissance par générations. Rappelons que le questionnaire comprenait, outre la rétrospective des naissances, des questions sur la situation matrimoniale de la mère au moment de la grossesse, de la naissance et du baptême de son premier enfant. Cette question, posée à l'ensemble des femmes, a été analysée pour l'ensemble des 30 villages. Les générations les plus anciennes ne déclarent pas de grossesse ou de naissance pré-nuptiale (tableau 6). C'est à partir de la génération 1950 que des naissances et conceptions pré-nuptiales sont déclarées. Leur proportion est de 1 % pour les générations 1950-54. Elle augmente rapidement pour atteindre 12 % de naissances pré-nuptiales, et 18 % de conceptions pré-nuptiales pour les générations 1970-74. L'aspect rétrospectif de l'enregistrement de ces données peut faire supposer une sous-estimation des conceptions et naissances pré-nuptiales pour les générations les plus âgées. Mais l'évolution de leurs proportions ne peut être entièrement imputée à la seule détérioration des déclarations avec l'âge des mères. Il semble bien y avoir amplification réelle du phénomène.

LA FÉCONDITÉ EN MILIEU RURAL SÉNÉGALAIS

**TABLEAU 6. RÉPARTITION DES MÈRES AYANT EU UNE PREMIÈRE
NAISSANCE SELON LE TYPE DE LÉGITIMITÉ DE LA PREMIÈRE
NAISSANCE ET SELON LE GROUPE DE GÉNÉRATIONS**

Génération	Conçue dans le mariage	Type de la première naissance		Prénuptiale	Effectif
		"Légitimée" pendant la grossesse	"Légitimée" le jour du baptême		
1900-04	97,2 %	-	-	2,8 %	36
1905-09	100,0 %	-	-	-	53
1910-14	100,0 %	-	-	-	106
1915-19	99,1 %	-	0,9 %	-	117
1920-24	100,0 %	-	-	-	240
1925-29	100,0 %	-	-	-	270
1930-34	100,0 %	-	-	-	374
1935-39	99,8 %	-	-	0,2 %	411
1940-44	99,5 %	-	-	0,5 %	421
1945-49	99,5 %	0,2 %	0,2 %	-	406
1950-54	99,0 %	-	-	1,0 %	491
1955-59	97,1 %	-	0,6 %	2,3 %	691
1960-64	94,5 %	0,6 %	0,8 %	4,1 %	709
1965-69	90,2 %	0,4 %	2,5 %	6,9 %	685
1970-74	82,2 %	1,1 %	4,6 %	12,1 %	455
1975-77	86,7 %	-	2,2 %	11,1 %	45
Total	95,9 %	0,2 %	0,9 %	2,9 %	100 %
Effectif	5 285	13	51	161	5 510

Source : enquête « Histoires génésiques » - Niakhar - 1992.

L'impact de l'entrée en vie féconde sur la descendance

Le type de première naissance, selon que l'enfant est conçu ou non dans le mariage, et que le mariage intervienne ou non pour « légitimer » cette naissance, permet d'expliquer les fortes variations entre les durées séparant les premières et les deuxièmes naissances. Une naissance pour une femme célibataire, même si elle n'est pas une entrave au mariage, représente un certain « handicap ». Rappelons qu'un tiers des mères célibataires le sont toujours 3 ans après. L'intervalle entre leur première et leur deuxième naissance sera alors plus important que la moyenne de ce même intervalle pour l'ensemble des femmes.

L'enquête « Histoires génésiques » nous permet de calculer l'âge moyen à la première et à la deuxième naissance et de calculer l'intervalle moyen entre les 2 premières naissances, selon le type de naissance déclarée. Il en ressort que, lorsque la naissance est pré-conjugale, l'intervalle entre celle-ci et la seconde est plus long (36 mois) que lorsque la naissance est conjugale ou « légitimée » (30 et 31 mois), c'est-à-dire suivie d'un mariage immédiat (tableau 7). Si l'on regroupe les deux dernières catégories, la différence devient significative avec une probabilité de 0,01.

Le recul de l'âge au premier mariage, qui ne semble pas affecter l'âge à la première naissance, en raison de l'exercice d'une sexualité pré-nuptiale, allonge l'intervalle entre première et deuxième naissance (36 mois contre 30 mois environ en cas de mariage).

TABLEAU 7. ÂGE MOYEN À LA PREMIÈRE NAISSANCE, À LA DEUXIÈME NAISSANCE ET INTERVALLE MOYEN SELON LE TYPE DE LA PREMIÈRE NAISSANCE

Type de la première naissance	Âge moyen à la 1 ^{ère} naissance (en année)	Âge moyen à la 2 ^{ème} naissance (en année)	Intervalle moyen entre les 2 premières naissances (en mois)*
Naissance conjugale	19,1 (3168)	21,5 (2836)	31,3 (2842)
Naissance "légitimée" (avant ou pendant le baptême)	18,0 (58)	20,3 (39)	29,7 (39)
Naissance pré-conjugale	18,8 (126)	21,5 (77)	36,0 (77)
Total	19,0 (3425)	21,5 (2989)	31,4 (2958)
P	0,03	0,06	0,01

Source : enquête « Histoires génésiques » - Niakhar - 1992.

* les naissances gémellaires (4) n'ont pas été incluses dans le calcul
Effectif entre parenthèse

Le recours à l'analyse transversale

Il reste difficile, à partir des résultats de l'enquête rétrospective, d'affirmer qu'il y a une évolution réelle de la fécondité à Niakhar. D'une part, les risques de biais sont importants et la fécondité à plus de trente ans peut être surestimée pour les générations les plus anciennes. D'autre part, l'évolution des taux de fécondité aux jeunes âges ne peut pas être analysée à partir de l'enquête rétrospective, en raison des conditions d'échantillonnage.

L'analyse transversale de la fécondité dans la zone de Niakhar entre 1984 et 1994 apporte certains éléments (Chahmazarian *et al.*, 1992 ; Delaunay, 1994b). Les taux de fécondité du groupe d'âges 10-14 ans et ceux du groupe d'âges 15-19 ans montrent une tendance à la baisse (tableau 8).

TABLEAU 8. TAUX DE FÉCONDITÉ PAR GROUPE D'ÂGES (POUR MILLE) ET INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ PAR ANNÉE

Année	Groupe d'âges								ISF
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1984	3,7	196	320	334	318	285	150	26	8,17
1985	2,6	157	280	322	285	240	133	26	7,22
1986	6,4	171	353	357	345	253	117	37	8,21
1987	2,1	173	345	320	302	271	153	32	7,99
1988	3,4	132	340	344	320	250	134	35	7,79
1989	3,3	171	325	374	308	257	177	25	8,20
1990	1,2	139	325	297	292	267	136	27	7,40
1991	1,3	154	326	311	337	246	110	30	7,58
1992	0,0	131	342	333	299	234	127	30	7,48
1993	0,7	131	329	358	308	263	143	30	7,82
1994	0,0	130	301	294	334	228	97	34	7,09
Total	2,1	152	326	332	313	253	134	30	7,71

Source : Delaunay, 1994b

Par ailleurs, l'indice synthétique de fécondité calculé en transversal sur la période est de 7,7 enfants par femme, contre une descendance finale des générations de plus de 50 ans à l'enquête qui dépasse 9 enfants par femme. Si la précision des données peut être critiquée quant à la datation des événements, on peut difficilement remettre en cause la validité de la descendance finale. Le seul biais pouvant l'affecter est celui des omissions de naissances, qui conduirait alors à

une sous-estimation, et en aucun cas à une surestimation. La descendance finale est donc bien supérieure à l'indice synthétique de fécondité de la période récente, ce qui témoigne d'une modification du calendrier de la fécondité, allant dans le sens d'un retard.

L'évolution de l'intensité de la fécondité n'est pas certaine. On pourrait imaginer un décalage de calendrier dans le temps qui conduirait à une même descendance finale. Mais cela signifierait que les femmes prolongeraient leur vie féconde qui atteint déjà les limites biologiques. Il est donc peu probable que la descendance finale des générations actuellement en vie féconde soit du même niveau que celle des générations précédentes.

Pour compléter ces résultats, une autre source de données peut être utilisée afin de connaître les niveaux de connaissance et de pratique de la contraception.

Connaissance et pratique de la contraception

Le centre de planning familial le plus proche des villages de la zone d'étude se trouve à Fatick, distant de 15 à 25 kilomètres selon les villages. Cette distance est suffisamment grande pour constituer un frein à sa fréquentation. Trois dispensaires sont situés dans la zone d'étude, mais leur personnel n'a pas encore été formé à la diffusion d'information sur la contraception et à la distribution de contraceptifs.

L'accès à la contraception moderne est donc très difficile. Les échanges avec la ville, où la contraception est mieux connue et plus utilisée, fournissent alors l'occasion d'entendre certains messages, de discuter avec des personnes utilisant la contraception, voire même d'avoir accès à son utilisation. Il est donc probable que le mouvement de migrations saisonnières qui se généralise agisse comme facteur de diffusion, non seulement de l'information, mais aussi de la pratique de la contraception moderne.

Une enquête portant sur les migrations, les comportements sexuels et la nuptialité (Becker, 1991) a permis de mieux connaître les connaissances et pratiques contraceptives, tant modernes que traditionnelles (Delaunay et Becker, 1994). Il semble que l'on assiste à une modification du système de transmission du savoir traditionnel en matière de contraception, qui se traduit par une information plus

diversifiée, empruntant de moins en moins ses canaux traditionnels qu'étaient l'initiation et le mariage. Les discussions de groupe entre femmes et les échanges avec les anciens au sujet des pratiques traditionnelles sont fréquents et confirment l'existence d'un réel intérêt pour la maîtrise de la fécondité. La connaissance de la contraception moderne, moins élevée et de diffusion plus récente, témoigne elle aussi d'un intérêt pour le contrôle des naissances. Les nouveaux canaux d'information échappent au contrôle social traditionnel et touchent des groupes qui autrefois ne l'étaient pas. Ce sont en effet les jeunes, plus scolarisés et qui ont vécu en ville, qui paraissent les mieux informés. L'information disponible en ville semble se diffuser rapidement auprès des jeunes femmes restées au village par l'intermédiaire des jeunes migrantes. Par contre, la motivation pour une utilisation future ne serait pas aussi systématiquement transmise. Ce sont aussi les groupes les plus instruits qui ont la plus grande expérience de la contraception moderne et qui expriment une plus forte intention de pratiquer un contrôle de la fécondité.

Mais une différence très importante existe entre les sexes. La contraception apparaît pour les femmes comme un enjeu de plus grande importance et de nature différente. Elles ont en effet une meilleure connaissance de la contraception traditionnelle et moderne, une plus grande pratique et un plus grand désir de contraception future. On a également pu constater que la contraception concerne plutôt les femmes dans le mariage. Leur objectif serait surtout d'espacer les naissances, pour limiter la fatigue liée à la maternité, mais elles souhaitent aussi une contraception d'arrêt, pour éviter les grossesses tardives. Dans cette même enquête, 30 % des femmes ont déclaré une descendance idéale de 6 enfants. Les femmes, qui, dans la plupart des sociétés africaines, subissent le coût physique et économique des enfants, mais ne prennent pas les décisions en matière de reproduction, semblent ici afficher un plus grand rôle de décideurs, du moins dans les intentions déclarées. Les hommes, quant à eux, semblent plus concernés par les problèmes de contraception avant le mariage, leur objectif étant surtout d'éviter les grossesses hors mariage, mais ils semblent peu se préoccuper des difficultés rencontrées par les femmes. En dépit d'une relative connaissance des moyens de contraception, traditionnels ou modernes, la pratique en reste très faible. Près de 92 % des femmes et 97 % des hommes n'ont pratiqué aucune contraception (tableau 9). Plus surprenant encore : les méthodes modernes sont plus souvent pratiquées que les méthodes

CHAPITRE 9

traditionnelles, du moins d'après les déclarations⁶. En effet, seulement 1,5 % des femmes et 0,2 % des hommes déclarent avoir déjà utilisé un moyen de contraception traditionnel, alors que 2,6 % des hommes et 6,9 % des femmes auraient déjà employé une méthode moderne (essentiellement la pilule ou le préservatif).

TABLEAU 9. RÉPARTITION DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION DÉJÀ UTILISÉES SELON LE SEXE

Méthode Contraceptive	Femmes			Hommes		
	Proportion (%) du total	des réponses exprimées	Effectif	Proportion (%) du total	des réponses exprimées	Effectif
Aucune	81,3	91,6	923	88,3	97,1	782
Racines	0,5	0,6	6	0,1	0,1	1
Amulettes, gris-gris	0,6	0,7	7	0,1	0,1	1
Autres méthodes traditionnelles	0,2	0,2	2	0,0	0,0	0
Préservatif	0,8	0,9	9	2,1	2,4	19
Stérilet	0,1	0,1	1	0,0	0,0	0
Pilule	3,3	3,7	37	0,0	0,0	0
Préservatif et pilule	1,0	1,1	11	0,2	0,2	2
Stérilet et pilule	0,4	0,4	4	0,0	0,0	0
Préservatif, stérilet et pilule	0,6	0,7	7	0,0	0,0	0
Autres méthodes modernes	0,1	0,1	1	0,0	0,0	0
Non réponse	11,3	-	128	9,1	-	81
Total	100,0	100,0	1136	100,0	100,0	886

Source : calculs propres d'après les données du Projet Niakhar.

DISCUSSION

L'analyse rétrospective de la fécondité à Niakhar ne permet pas à elle seule de conclure à une évolution de la fécondité. C'est la

⁶ On peut en effet penser que les retenues liées à la pudeur des répondants sont moins fortes chez les pratiquants de contraception moderne en raison de leurs caractéristiques plus "modernes".

comparaison avec l'indice synthétique de fécondité qui suggère un retard du calendrier de la fécondité et une baisse probable de son intensité future. Elle montre cependant que l'intervalle entre la première et la deuxième naissance est plus long lorsque la naissance se produit en dehors du mariage et que le mariage n'intervient pas immédiatement. Or, un des facteurs identifiés comme déterminants du type de conception est l'expérience migratoire des jeunes femmes en ville (Delaunay, 1994 b). L'évolution de la fécondité est par conséquent étroitement liée à l'évolution des conditions de mariage, mais aussi à l'évolution des migrations saisonnières, toutes deux induites par les mutations d'ordre socio-économique. Si le recul de l'âge d'entrée en union se poursuit, on peut s'attendre à un allongement des intervalles intergénéraliques, ou tout au moins, du premier de ces intervalles. Mais l'impact de ces changements sur le niveau de fécondité restera discret.

L'entrée véritable en phase de transition dépendra de deux paramètres. Le premier est la demande de la part des individus, hommes et femmes, à maîtriser leur fécondité. Or, à travers la connaissance de la contraception moderne, qui semble se diffuser, en partie par le biais des migrations, on dénote un intérêt croissant pour la maîtrise de la fécondité, surtout chez les femmes, les hommes s'intéressant plutôt à la contraception avant le mariage.

Le second paramètre est celui de l'offre réelle de méthodes de contraception efficaces, inexistante encore dans la zone d'étude, qui serait alors une condition nécessaire pour une réelle évolution à la baisse de la fécondité dans un avenir proche à Niakhar. Les efforts développés aujourd'hui, tant par les autorités locales que par les bailleurs de fonds, pour améliorer le fonctionnement des structures d'offre de planification familiale et permettre une extension efficace des services au milieu rural, que l'on se doit d'encourager, laissent présager une baisse future de la fécondité. L'interrogation porte surtout sur le délai nécessaire à l'amorce d'une véritable transition de la fécondité en milieu rural. Le désengagement financier des pays du Nord sur ces questions, tel qu'il semble se profiler, ne ferait que ralentir ce mouvement vers une plus grande maîtrise de la fécondité⁷.

⁷ Je tiens à remercier François Simondon pour sa lecture attentive et ses précieuses remarques sur ce texte, ainsi que Pierre Cantrelle et Michel Garenne, à l'origine de la base de données de Niakhar, et surtout Anouch Chahnazarian, à l'origine de l'enquête. Je remercie particulièrement l'ensemble de l'équipe des codificateurs et opérateurs de

Références bibliographiques

- BECKER C., 1991, Étude anthropologique sur les migrations, la nuptialité et les comportements sexuels chez les Sereer du Sénégal, ORSTOM, Dakar, 4 fascicules, 49 p. + 68 p. + 63 p. + 55 p.
- BLEDSON C. H. et COHEN B. (éds.), 1993, *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, National Academic Press, Washington D.C., 208 p.
- CALDWELL J. C., ORUBULOYE I. O. et CALDWELL P., 1992, « Fertility Decline in Africa : A New Type of Transition ? », *Population and Development Review*, 18 (2), pp. 211-242.
- CALDWELL J. C. et CALDWELL P., 1993, « The South African Fertility Decline », *Population and Development Review*, 19 (2), pp. 225-262.
- CANTRELLE P. et LERIDON H., 1971, « Breast Feeding Mortality in Childhood and Fertility in Rural Zone of Senegal », *Population Studies*, 25 (3), pp. 505-533.
- CHAHNAZARIAN A., BECKER C., DELAUNAY V., PREZIOSI M.-P., SAMB B., SIMONDON F. et SIMONDON K. B., 1992, *Population et santé à Niakhar - Niveaux et tendances des principaux indicateurs démographiques et épidémiologiques de la zone d'étude - 1984-1991*, ORSTOM, Dakar, 76 p., multigr.
- 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. (éds.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, UIESP, Liège, p. 1-20.
- DELAUNAY V., 1994a, *Le travail des fillettes en Afrique subsaharienne. Conditions de vie et de travail des jeunes migrantes sereer à Dakar*, communication au Colloque sur « L'enfant exploité - Mise au travail et prolétarianisation », CNRS-CEPED-ORSTOM (Paris, 24-26 Novembre 1994).
- DELAUNAY V., 1994b, *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu*

saisie, pour leur collaboration efficace et, bien sûr, les enquêteurs qui ont recueilli ces données ainsi que la population.

- rural sénégalais*, Les Études du CEPED n° 7, CEPED, Paris, 326 p.
- DELAUNAY V. et BECKER C., 1994, *Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais*, communication au V^{èmes} Journées démographiques de l'ORSTOM « Maîtrise de la fécondité et planification familiale » (Paris, 28-30 septembre 1994), 28 p.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1981, *Enquête sénégalaise sur la fécondité (ESF), 1978, Rapport national d'Analyse, Vols. I et II*, Dakar, Sénégal.
- GARENNE M., MAIRE B., FONTAINE O., DIENG K. et BRIEND A., 1987, *Risques de décès associés à différents états nutritionnels chez l'enfant d'âge préscolaire*, ORSTOM/ORANA, Dakar, 246 p.
- GARENNE M., BECKER C. et CARDENAS R., 1992, « Heterogeneity, Life Cycle and the Potential Demographic Impact of Aids in a Rural Area of Africa », in DYSON T. (éd.), *Sexual Behavior and Networking : Anthropological and Socio-Cultural Studies on the Transmission of HIV*, ORDINA, Liège, pp. 269-282.
- LESTHAEGHE R. J., 1989, « Production and Reproduction in Sub-Saharan Africa : An Overview of Organizing Principles », in LESTHAEGHE R. J. (éd.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press, Berkeley, pp. 13-59.
- LOCOH T., 1984, *Fécondité et famille en Afrique de l'ouest*, Travaux et Documents n° 107, INED, Paris, 182 p.
- NDIAYE S., SARR I. et AYAD M., 1988, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal – 1986*, Ministère de l'économie et des finances, Direction de la statistique, Division des enquêtes et de la démographie, Dakar, 173 p.
- NDIAYE S., DIOUF P. D. et AYAD M., 1994, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93*, Ministère de l'économie et des finances, Direction de la Prévision et de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques, Dakar, 284 p.

TROISIÈME PARTIE

**DES POLITIQUES DÉMOGRAPHIQUES
AUX TRANSITIONS DE LA FÉCONDITÉ**

CHAPITRE 10

CHANGEMENT SOCIAL, POLITIQUE DE POPULATION ET TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE DANS LES PAYS DU MAGHREB

Tamany SAFIR

Consultante

INTRODUCTION

L'importance de la croissance démographique, particulièrement visible dans des périodes de crise économique, a pu dissimuler pendant un temps aux observateurs que le processus de transition démographique était bien engagé au Maghreb. Si la Tunisie a été le pays pionnier en matière de baisse de la fécondité, à l'échelle du Maghreb mais également de l'ensemble de l'Afrique, les baisses observées il y a quelques années au Maroc, et encore plus récemment en Algérie, font que désormais des niveaux équivalents prévalent dans les trois pays. Deux facteurs principaux sont à l'origine de cette baisse de la fécondité : le recul de l'âge au mariage et l'augmentation de la pratique contraceptive.

Malgré les différences qui existent entre les trois pays, l'avance prise par la Tunisie s'expliquant par une politique volontariste engagée très tôt, comme nous le préciserons au cours de ce chapitre, l'un des changements culturels les plus saisissants du Maghreb est l'attitude vis-à-vis de la procréation. A cet égard, il faut rappeler que si les méthodes contraceptives hormonales dites « modernes », mises au

point à partir des années 1960, sont venues en Europe prendre le relais des méthodes dites traditionnelles, la transition de la fécondité s'y est pour l'essentiel effectuée par le biais des méthodes traditionnelles. Au Maghreb, cet « apprentissage » n'a pas eu lieu, le caractère licite des méthodes dites traditionnelles au regard de l'Islam, (un *hadith* du prophète Mohamed autorise le *coitus interruptus*) avait été « oublié » par les religieux jusqu'aux indépendances, et lorsqu'ils ont été amenés à en parler c'est généralement invités par les « politiques » ; ainsi en Égypte, une *fatwa* datant de 1935 se prononce en faveur de la régulation des naissances. La progression rapide de la contraception moderne dans les pays du Maghreb distingue fortement la région qui occupe une position intermédiaire : d'une part sa fécondité est supérieure à celle des pays développés, d'autre part elle se trouve nettement détachée tant des autres pays du continent africain, où la fécondité demeure élevée et où la prévalence de la contraception dépasse rarement 20 %, que du monde arabe, et tout particulièrement des pays du Golfe, où la pratique contraceptive est également moins importante.

Afin de mieux définir les phases historiques de cette évolution si particulière, nous situerons globalement, dans une première partie de ce chapitre, la progression de la prévalence contraceptive et la baisse de la fécondité dans les trois pays du Maghreb. Puis nous examinerons, dans une seconde partie, l'évolution de la politique démographique de chacun de ces pays en considérant la manière dont les options politiques respectives correspondent à une mise en place des programmes de planification familiale échelonnée dans le temps et à un calendrier distinct de l'évolution des comportements reproductifs et de la transition de la fécondité.

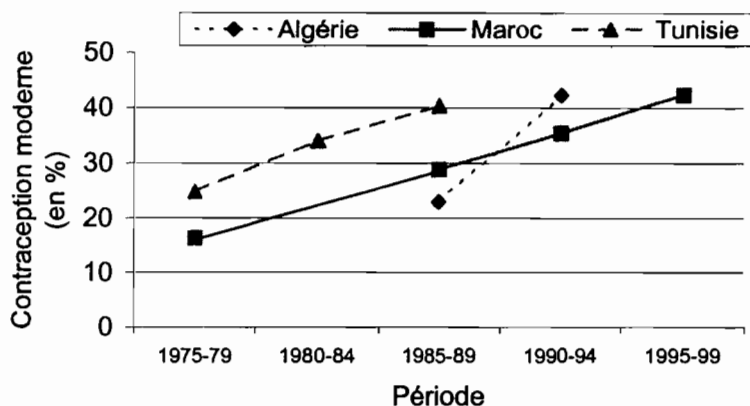
PROGRÈS DE LA PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE ET BAISSE DE LA FÉCONDITÉ AU MAGHREB

Le recul de l'âge au premier mariage a concerné de manière synchrone les trois pays du Maghreb et a atteint les deux sexes. Chez les femmes, l'élévation de l'âge au mariage est de l'ordre de sept ans en moyenne, passant de 17-18 ans au début des années 1960 à 25 ans aujourd'hui. Plus sensible en zone urbaine et parmi les femmes instruites, cette augmentation affecte cependant aujourd'hui toutes les catégories sociales. Cette tendance concordante est bien sûr à relier au

changement social et en particulier à l'éducation. Elle indique en tout cas que l'on se trouve en présence d'un fait culturel qui transcende les situations singulières des trois pays et qui initie puis consolide le processus de transition de la fécondité. Cette augmentation de l'âge au mariage ne peut être attribuée principalement à la seule « crise du logement », comme cela est souvent fait par les analystes dans le cas de l'Algérie. En effet, à titre de comparaison, en Égypte, en dépit d'une situation de l'espace habitable « au moins aussi critique » qu'en Algérie, la nuptialité demeure précoce et intense (Courbage, 1994) : dans le même intervalle, entre 1960 et 1990, l'âge moyen au mariage des femmes égyptiennes a progressé de seulement deux ans, pour se situer à 22,4 ans environ.

La diffusion rapide de la contraception a également été à la source de cette baisse de la fécondité dans les trois pays du Maghreb, et la contraception moderne occupe désormais une place importante dans les pratiques familiales de reproduction biologique. En fait, on peut dire qu'en moins de 30 ans le Maghreb a connu une véritable « révolution contraceptive » (figure 1).

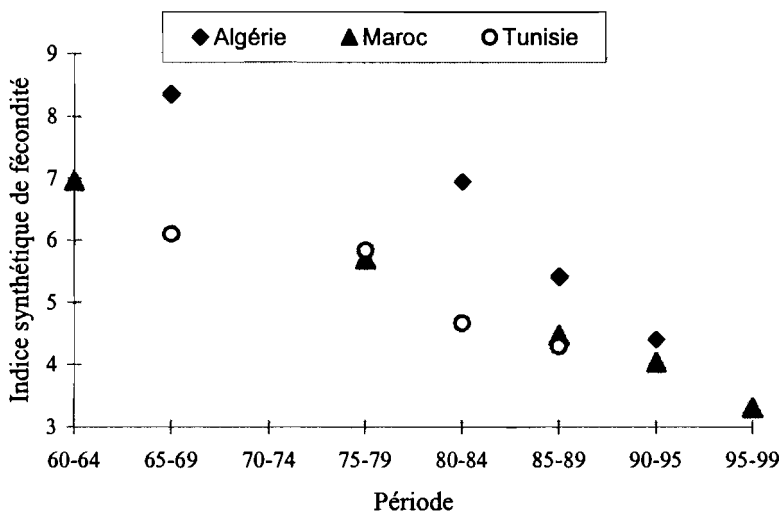
FIGURE 1. ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (EN %) DANS LES PAYS DU MAGHREB



Les progrès de la prévalence contraceptive moderne ont été significatifs en Tunisie dès les années 1970 et ne se sont pas démentis

dans les décennies suivantes. Ces progrès ont été plus tardifs et plus lents au Maroc, mais tout aussi réguliers jusqu'à ce jour. L'évolution en Algérie est plus spécifique, dans la mesure où, commencée plus tard, la progression de la prévalence se révèle plus rapide. L'évolution de la pratique de la contraception est telle dans les différents pays qu'elle concerne plus de 40 % des femmes dès 1988 en Tunisie, au début des années 1990 en Algérie et en 1995 au Maroc. Toutes les enquêtes révèlent qu'aujourd'hui plus de 90 % des hommes et des femmes connaissent la contraception et que plus de 75 % des femmes y ont déjà eu recours au moins une fois dans leur vie. Sous l'effet des deux facteurs qui viennent d'être évoqués, le recul de l'âge au mariage et l'utilisation étendue de la contraception, la fécondité a beaucoup décliné dans les trois pays (figure 2).

FIGURE 2. ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ DANS LES PAYS DU MAGHREB



Supérieurs à 7 enfants par femme au milieu des années cinquante, les indices de fécondité ont commencé par la suite à se différencier. La Tunisie a initié le mouvement de baisse avec un indice synthétique de fécondité qui a chuté à 5,8 enfants par femme au milieu des années 1970, puis à 4,7 au milieu des années 1980, pour se situer à 4,3

enfants par femme en 1988¹. La baisse de la fécondité marocaine s'effectue selon le même calendrier que la fécondité tunisienne. Le taux de fécondité qui évoluait autour de 7 enfants par femme au début des années 1960 a progressivement baissé pour atteindre 5,7 en 1979-1980, 4,0 en 1992 et 3,3 en 1995.

Par contre, la fécondité en Algérie est restée longtemps supérieure à celle de ces deux voisins : avec 8,4 enfants en 1969-1970 et près de 7 enfants en 1980, son indice synthétique de fécondité était supérieur de un à deux enfants aux indices tunisien et marocain à la même époque. Cependant l'Algérie n'est pas restée longtemps « étrangère » à ce processus commun, et la baisse, engagée dès les années 1970, s'est accélérée et a été par la suite particulièrement rapide : en 12 ans, la fécondité chute de 7 à 4,4, c'est-à-dire de près de 40 %, et rejoint dès le début des années 1990 les fécondités tunisienne et marocaine.

LES EXPÉRIENCES NATIONALES EN MATIÈRE DE POPULATION

Comme l'analyse que nous allons mener sur les trois pays nous l'enseigne, ces différences dans le calendrier de la baisse de la fécondité peuvent être reliées à la précocité et à la constance des choix politiques en faveur de la maîtrise de la croissance démographique, distinctes d'un pays à l'autre, et à une efficacité très variable des programmes de planification familiale, souvent liée aux stratégies nationales adoptées.

Tunisie : la planification familiale, une priorité nationale

Identifié très tôt comme une priorité nationale, la planification familiale va conserver ce statut pendant très longtemps. De ce fait, la Tunisie fait incontestablement figure de pionnière dans la région, ce qu'elle rappelle souvent, non sans une fierté au demeurant légitime : « ... le programme tunisien ayant été le premier à être mis en place au

¹ En 1990-1994, l'indice synthétique de fécondité est de 3,24 à l'état civil (Taiachi, 1993), mais l'on peut penser que ce chiffre est sous-estimé ; en effet, pour la période précédente (1985-1989), l'indice est de 3,85 à l'état civil contre 4,3 lors de l'enquête démographique et de santé.

sein de l'ensemble de l'Afrique et du monde Arabe. » (Rapport de la Tunisie à la CIPD, 1994).

Il peut paraître surprenant, que le pays le moins peuplé des trois pays du Maghreb, la Tunisie (4 200 000 habitants en 1960) soit celui qui ait opté de la manière la plus volontariste pour le contrôle démographique. Un espace national incomparablement plus réduit et des ressources naturelles moindres constituent bien entendu des contraintes objectives. Mais le choix de la planification familiale résulte avant tout d'une attitude politique déterminée, qu'exprime dans une vision plus globale, le président Bourguiba lui-même, soucieux d'engager la société tunisienne dans un processus de modernisation. En 1962, dans un meeting populaire, il s'exprimait ainsi concernant l'accroissement démographique : « ce problème capital, nous devons lui trouver une solution... nous devons nous libérer des idées archaïques que l'homme et la femme se font de la procréation. On croit volontiers que la question nous dépasse et relève de la seule volonté divine. Cette abdication de la volonté humaine doit être bannie ».

Durant des années, la maîtrise de la fécondité et la lutte contre le fatalisme vont demeurer des thèmes récurrents du discours politique. En traduction de cette démarche, en 1964, un programme expérimental de trois ans est lancé pour la constitution d'un réseau de centres de planification familiale à travers le pays. Dès 1971, le programme est doté d'un instrument opérationnel : l'Institut national de planning familial et de protection maternelle et infantile, établissement public à caractère administratif. Jugé inopérant, en raison justement de son statut juridique, on lui substitue, en 1973, un établissement à caractère commercial, l'Office national du planning familial, qui a notamment la faculté de gérer lui-même les financements provenant de la coopération internationale. Depuis cette date, cet organisme est demeuré l'instrument central, responsable de la gestion et de l'exécution des programmes de planification familiale ; il occupe une place importante au sein des institutions publiques de l'État.

Aujourd'hui encore, il joue un rôle important, même si la baisse de la croissance démographique a entraîné un recentrage des priorités nationales. La nécessité de continuer à drainer des financements externes constitue une des préoccupations majeures de l'Office, d'autant qu'il emploie un personnel nombreux. Au niveau central, il a

des missions de formation, de communication, de documentation et de recherche, et il possède des délégations régionales au niveau des gouvernorats. Des stratégies diversifiées sont utilisées pour diffuser la planification familiale. Ainsi, les centres de planification familiale, gérés directement par l'Office, sont-ils appuyés par les fameuses « unités mobiles », entièrement équipées, qui jalonnent le pays et à l'intérieur desquelles différents actes de contraception sont pratiqués (pose de stérilet, stérilisation...). En effet, très tôt, l'acceptation de la notion de planification familiale est large : la stérilisation féminine fait explicitement partie des méthodes encouragées, et l'avortement, que la loi libéralise partiellement une première fois en 1965 (avortement social autorisé à partir du 5^e enfant), est entièrement libre depuis 1973 ; la Tunisie est d'ailleurs le seul pays musulman où l'avortement volontaire est libre et gratuit.

Des mesures d'accompagnement de taille

On l'a évoqué ci-dessus, l'amélioration de la condition de la femme, comme élément de la lutte contre le sous-développement, est un des aspects saillants de la problématique culturelle et sociale du développement en Tunisie. En effet, le code du Statut Personnel, promulgué le 13 août 1956, dans les premières semaines qui suivent l'indépendance, aménage les conditions du divorce (en supprimant notamment la répudiation unilatérale) mais surtout interdit la polygamie tolérée par le Coran jusqu'au nombre de quatre épouses et autorisée en Algérie et au Maroc.

En dépit de mouvements d'opposition à ces mesures comme à celle de l'avortement, essentiellement de nature religieuse, aucune concession susceptible d'en restreindre l'application n'a, à ce jour, été faite. Mieux, certaines « retouches » touchant à la condition de la femme ont été opérées (garde des enfants, etc.), qui ont pu même être interprétées comme des gages donnés aux femmes, qui demeurent un rempart sûr contre l'intégrisme. D'autres mesures à caractère réglementaire, censées agir directement sur la fécondité, sont mises en application, dans le champ de la protection sociale par exemple. Ainsi, les allocations familiales qui avaient déjà limité à quatre le nombre d'enfants bénéficiaires en 1960 ne sont dues, depuis une loi du 5 mai 1988, que pour les trois premiers enfants.

Les résultats et les perspectives

Lancé avec un nombre de 12 centres urbains et semi-ruraux en 1964, la planification familiale a vu régulièrement augmenter ses structures et ses effectifs. En 1974, 115 centres de planification familiale fixes et 26 unités mobiles étaient dénombrés. Vingt années après, le réseau compte 1 493 centres et 928 d'entre eux disposent de 77 équipes et unités mobiles. Les progrès de la prévalence contraceptive et la baisse de la fécondité ont été relativement rapides et continus et la Tunisie a été le premier pays d'Afrique à avoir un taux d'accroissement démographique inférieur à 2 %. La distribution des moyens de contraception utilisés reflète les caractéristiques du programme tunisien qui repose essentiellement sur des méthodes irréversibles : plus du quart des 40 % de femmes mariées qui font appel à une méthode moderne de contraception en 1988 ont eu recours à la stérilisation (Aloui *et al.*, 1989). Cette répartition pourrait expliquer les performances du programme, mesurées notamment par l'indice synthétique de fécondité égal à 4,3 enfants par femme en 1988, contre 6,1 vingt ans plus tôt (tableau 1).

TABLEAU 1. TUNISIE : INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE (FEMMES MARIÉES, 1968-1988)

	1968-69 END	1978 ETF	1984 EC	1988 EDST
ISF (nombre d'enfants par femme)	6,1	5,84	4,67	4,30
Prévalence contraceptive moderne (en %)		24,8	34,1*	40,4
Prévalence contraceptive traditionnelle (en %)		6,6	7,0*	9,4
Prévalence contraceptive totale (en %)		31,4	41,1*	49,8

Source : Aloui *et al.*, 1989.

END : Enquête nationale démographique 1968-1969 ;

ETF : Enquête tunisienne sur la fécondité 1978 ;

EC : État civil 1984 ;

* ETPC : Enquête tunisienne sur la prévalence contraceptive 1983 ,

EDST : Enquête nationale sur la population et la santé 1988.

Il faut noter à cet égard que les documents tunisiens récents ne font mention ni de l'avortement, ni de la stérilisation, celle-ci constituant pourtant la deuxième méthode de régulation de la fécondité. Comme en Algérie et au Maroc, la poursuite des programmes va être de plus en plus subordonnée à des financements internationaux qui tendent à être réorientés vers d'autres régions du monde, les résultats déjà

obtenus par la Tunisie l'excluant des pays prioritaires. Au plan interne, de nouveaux objectifs sont fixés qui mettent en exergue d'autres dimensions de la politique démographique et notamment la nécessité d'assurer une meilleure répartition spatiale de la population (maîtrise des flux migratoires, fixation de l'exode rural, identification des zones d'ombres ou de pauvreté).

L'expérience marocaine

D'un regard de trente années sur la politique marocaine en matière de population, ressort une double impression : d'une part celle de la permanence de l'attitude politique favorable à la limitation des naissances, d'autre part celle d'une mise en œuvre souvent inadéquate de cette politique.

Une volonté politique constante

Les documents officiels font remonter la politique marocaine de population à deux actes fondateurs : le Mémorandum royal, promulgué en 1965, comportant un programme d'action générale en vue du contrôle de naissances ; un décret royal, publié en 1966, créant une commission supérieure et des commissions provinciales « chargées d'élaborer et de coordonner la politique gouvernementale dans le domaine de l'accroissement démographique, de veiller à sa mise en œuvre et d'en contrôler l'exécution ».

Les objectifs sont donc clairement énoncés : il s'agit, par le contrôle des naissances, de freiner l'accroissement démographique. Cette option prise très tôt ne sera pas démentie au cours des années : en 1967, un nouveau décret royal abroge la loi interdisant la propagande anticonceptionnelle héritée de la législation coloniale et libéralise la pratique de l'avortement thérapeutique (la fameuse loi française de 1920).

Les mesures et moyens susceptibles de traduire en résultats cette volonté politique sont lents à se mettre en œuvre et concrètement il faudra attendre plus de dix ans pour voir s'esquisser la mise en place d'un dispositif opérationnel de prise en charge. Des consultations de planification familiale sont créées en milieu urbain au début des années 1960. Un financement international se met en place, essentiellement d'origine américaine. Bien qu'officiellement lié à la

politique sanitaire d'ensemble, le programme marocain de planification familiale a été mené jusqu'à la fin des années 1970 isolément des programmes de soins de santé primaire. Les « réajustements théoriques » opérés au cours de ces années 1970 par les organismes internationaux dans la conduite à tenir dans le domaine de la planification familiale, avec notamment la nécessité de lier administrativement et dans la mise en œuvre sur le terrain les soins de santé et les prestations de planification familiale, ont des répercussions institutionnelles et opérationnelles au Maroc. Au niveau institutionnel, la structure centrale est renforcée dans le cadre du ministère de la Santé. Au niveau opérationnel, une stratégie dite de « visites de motivation systématiques à domicile en santé primaire » (VDMS/SP), est mise en œuvre ; elle repose sur une activité itinérante, menée dans les premiers temps à vélo ou à scooter, et constitue le fer de lance de l'action marocaine dans le domaine de la planification familiale pendant toute la décennie 1980 et au-delà puisque cette stratégie est encore d'actualité : ainsi le rapport marocain à la conférence du Caire (1994) prévoit-il un « élargissement du programme VDMS au reste des provinces ».

Le bilan de 30 années de planification familiale au Maroc.

En 1980, soit 15 ans après l'adoption du programme d'action générale du contrôle des naissances, le taux de natalité est estimé à 41 pour mille et le taux de prévalence contraceptive est inférieur à 20 % (tableau 2). Ces résultats sont considérés comme un « demi-échec » et ils induisent notamment le renforcement du VDMS. Aujourd'hui encore, la prévalence de la contraception marocaine est la plus faible du Maghreb, même si une grande partie du retard accumulé jusqu'à la fin des années 1980 a été rattrapé, et les différences entre le milieu rural et le milieu urbain y sont les plus accentuées. La progression de la planification familiale du Maroc est assujettie à un certain nombre de contraintes, particulièrement une grande dépendance vis à vis de l'aide internationale, qui finance tout ou partie des programmes et notamment les produits contraceptifs, la difficulté à mettre en place des stratégies alternatives au VDMS, ainsi qu'à des réticences d'ordre culturel et social qui empêchent « d'assumer » totalement les voies suivies pour atteindre les objectifs démographiques.

TABLEAU 2. MAROC : INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET PREVALENCE CONTRACEPTIVE (FEMMES MARIÉES, 1962-1995)

	1962 EOM	1979-80 ENFPF	1986-88 ENDPR	1992 ENPS-II	1995 EPPS
ISF (nombre d'enfants par femme)	6,96	5,7	4,47	4,04	3,31
Prévalence contraceptive moderne (en %)		16,4	28,9*	35,5	42,4
Prévalence contraceptive traditionnelle (en %)		3,0	7,0*	6,0	7,9
Prévalence contraceptive totale (en %)		19,4	35,9*	41,5	50,3

Source : Azelmat *et al.*, 1993, 1996.

EOM : Enquête à objectifs multiples 1962 ;

ENFPF : Enquête nationale sur la fécondité et la planification familiale 1979-1980 ;

ENDPR : Enquête nationale démographique à passages répétés 1986-1988 ;

* ENPS-I : Enquête nationale sur la planification familiale, la fécondité et la santé de la population 1987 ;

ENPS-II : Enquête nationale sur la population et la santé 1992 ;

EPPS : Enquête de panel sur la population et la santé 1995.

La question de la stérilisation féminine illustre bien ces contraintes culturelles et sociales. La stérilisation féminine fait l'objet d'un programme financé notamment à l'aide de la coopération internationale. En 1990, 31 structures pratiquaient cette méthode (appelée également ligature des trompes) et son extension devait être étendue à 15 nouvelles autres structures dite « de contraception chirurgicale ». Les résultats de l'enquête démographique et de santé, réalisée sous la responsabilité du gouvernement marocain, font effectivement apparaître la stérilisation dans l'éventail des méthodes de contraception moderne. Elle concerne, en 1992, 3 % de l'ensemble des femmes, soit près d'une femme sur 10 utilisant une méthode moderne de contraception, et en 1995, lors de l'enquête de panel sur la population et la santé, les chiffres indiquent une progression de cette pratique avec 4,3 % de femmes stérilisées pour 42,4 % de femmes utilisant une méthode moderne de contraception. Or le rapport marocain à la Conférence du Caire précise que la « stérilisation tant féminine que masculine est exclue du programme national de planification familiale [...] les méthodes utilisées sont réversibles, [...] la stérilisation garde toutefois sa place à titre thérapeutique ». Il est clair qu'il y a là une contradiction, que les autorités ne peuvent « assumer », entre la volonté d'utiliser des méthodes radicales et le souci de ne pas heurter la sensibilité religieuse dans la mesure où la stérilisation, loin de faire l'objet d'un consensus, est au contraire rejetée par l'Islam sunnite.

Les difficultés du Maroc à étendre plus rapidement la pratique contraceptive jusqu'à la fin des années 1980, où le taux de prévalence des moyens modernes était de 29 %, soit plus de dix points de moins qu'en Tunisie à la même époque, sont également à relier à un moindre développement social. En effet, il faut rappeler que jusqu'au début des années 1990, le Maroc présentait, en termes d'indicateurs de développement social (scolarisation générale, niveau de santé ...), la situation la moins avancée du Maghreb. Cependant, l'évolution de la période récente montre qu'une grande partie des contraintes ont pu être levées : en 1995, la prévalence contraceptive moderne est de 42,4 % et l'indice synthétique de fécondité, dont la baisse a été continue depuis les années 1960, malgré les imperfections de la mise en œuvre de la planification familiale, est de 3,3 enfants par femme, contre respectivement 29 % et 4,5 enfants en 1987. Trente ans après la promulgation du Mémorandum royal de 1965, le programme de planification familiale porte véritablement ses fruits.

Le programme algérien de maîtrise de la croissance démographique : continuité et discontinuité

En Algérie, l'attitude politique vis-à-vis de la question démographique a subi depuis l'indépendance du pays plusieurs inversions. L'appréhension de la nature des relations entre la croissance démographique et le processus de développement, perçue tantôt comme un de ses effets, tantôt comme un de ses freins essentiels, ainsi que son absence d'autonomie par rapport à l'idéologie, vont déterminer en Algérie la place faite aux politiques de population au cours des 30 dernières années. Encore à l'heure actuelle, alors que la maîtrise de la croissance démographique était présentée au milieu des années 1980, comme « le défi majeur qu'avait à affronter le pays », l'occultation de la question et sa relégation à la périphérie des « problématiques de dépassement de la crise », procèdent comme nous le verrons de la même attitude. C'est au début des années 1980, sous l'effet de changements politiques et économiques, que l'on assiste à la formulation des premiers éléments d'une politique de population. Avant cette date, une toute autre politique est développée.

1962-1980 : « La priorité est donnée au développement... le contrôle démographique est une fausse solution »

Dans les toutes premières années de l'indépendance, la question de la croissance démographique et de ses répercussions négatives sur les efforts de reconstruction du pays donnent lieu à un débat au sein des institutions, à l'Assemblée nationale notamment, comme dans la presse. La publication, en 1966, des résultats du premier recensement après l'indépendance alerte, voire inquiète les pouvoirs publics. Une commission nationale, ouverte à une large participation, est installée et son rapport conclut à la nécessité de limiter la croissance démographique. Cependant, ses conclusions ne sont pas partagées par l'ensemble des responsables politico-économiques et en 1969 un discours du Président Boumédiène va mettre, pour près de 10 ans, un terme à ce débat : « L'Algérie, peut contenir 40 millions d'habitants [...] concernant la question démographique... nous ne sommes pas partisans des fausses solutions ».

L'Algérie est à l'époque des grands projets de mise en valeur industrielle, avec notamment le lancement du premier plan quadriennal ; la politique démographique n'y est pas explicitement énoncée, mais la thèse sous-jacente veut que la démographie soit un des méfaits du sous-développement et non pas un de ses facteurs. En conséquence, les comportements démographiques sont considérés comme des comportements culturels dont les changements seraient subordonnés à l'amélioration des niveaux d'éducation et de santé et plus généralement à celle des conditions de vie que seule peut induire une action globale de développement. Cette position sera celle défendue par l'Algérie à la Conférence mondiale sur la population de Bucarest (1974) ; une formule de la délégation algérienne résume toute la démarche : « le meilleur contraceptif, c'est le développement ».

Cette démarche va toutefois connaître un infléchissement dans la seconde moitié des années 1970, et la Charte Nationale, document proposé à un large débat populaire, admet en 1976 qu'il s'agit de « faire en sorte que la croissance démographique n'annihile pas les effets de la croissance économique ». Un tournant est ainsi amorcé et le Président Boumédiène, en 1977, met en garde sur les difficultés de l'État à répondre aux besoins en logements, en écoles ... induits par la forte natalité. Les résultats du 2^e recensement, celui de 1977, commencent à être diffusés : la population est proche de 17 millions

d'habitants, la natalité évolue autour de 45 pour mille, ce qui signifie des effectifs annuels de naissances supérieurs à 700 000. Ce nouveau discours n'a toutefois pas encore de conséquences concrètes.

Le tournant des années 1980 : une démarche volontariste

Dès le début des années 1980, la variable démographique est dotée d'un statut nouveau ; affectée d'un « coefficient néfaste », elle est érigée au rang des facteurs à contrecarrer. Ce changement de problématique est précédé d'un changement politique. La mort du Président Boumédiène, en 1978, est suivie d'aménagements politiques et institutionnels. Les évaluations, opérées en vue de la préparation du plan 1980-1984, font ressortir qu'en dépit d'une réelle amélioration des indices de santé et d'éducation, la fécondité continue à être élevée, et que, sous l'effet de la baisse de la mortalité, l'accroissement démographique annuel est supérieur à 3 % depuis plus de 20 ans, niveau que peu de pays ont connu durant une période aussi longue.

Ainsi était mis en évidence le fait que la transition de la fécondité serait longue à se dessiner, d'où la nécessité d'une intervention plus directive, « l'action de maîtrise de la croissance démographique », susceptible de cristalliser dans les pratiques reproductives les effets du développement. Dès 1980, les textes politiques (résolutions au Comité central du FLN sur la santé) et techniques (plan quinquennal) prennent en charge la question démographique : on peut notamment y lire que « l'action de réduction active de la natalité est devenue une conduite indispensable pour améliorer l'efficacité dans la construction de notre économie et prétendre répondre de façon satisfaisante et durable aux besoins sociaux de la population ». Ainsi, c'est sur l'articulation croissance démographique-besoins sociaux que va reposer toute l'argumentation des pouvoirs publics en faveur de la maîtrise de la croissance démographique.

Un dispositif est mis en place progressivement. Il reste toutefois pour l'essentiel localisé dans des structures de conception et de coordination de l'administration centrale. En février 1983, est adopté le premier programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD), articulé autour de trois axes : le développement et la rationalisation des services de planification familiale ; les actions d'information, d'éducation et de sensibilisation ; les études et la recherche socio-démographiques.

La période comprise entre 1983 et 1989 peut être considérée comme la seule période où discours politique et action sont convergents sur la nécessité de maîtriser la croissance démographique. Diverses mesures « techniques » sont prises : renforcement du réseau des unités de planification familiale, importation massive de produits contraceptifs sur le budget de l'État, gratuité ou remboursement à 100 % de tous les actes liés à la contraception, etc. Mais c'est surtout dans le domaine de la sensibilisation que va se situer l'essentiel de l'action des pouvoirs publics. En effet, les opérateurs dans le domaine de la maîtrise de la croissance démographique doivent faire face tout à la fois à l'anti-malthusianisme politique des décideurs des années 1970 qui, pour la plupart, se trouvent encore dans la sphère de décision, et au tabou que constitue, pour les populations, la contraception considérée comme *haram* (illicite selon « la loi islamique ») alors que la position de l'Islam sur la question est tolérante.

Des campagnes d'information sont organisées auxquelles les autorités religieuses sont systématiquement associées. L'espacement des naissances y est justifié par la nécessité de préserver la santé de la mère et de l'enfant. Les contraintes économiques sont par contre absentes de l'argumentaire religieux. Dans son ensemble, le programme ne rencontre pas de grande opposition ; il emporte même une certaine adhésion. Les conditions de vie, en particulier l'accès difficile au logement, renforcent l'adhésion à ce programme et les couches moyennes commencent alors à limiter leur descendance.

Les répercussions démographiques du contexte socio-politique actuel

Les événements d'octobre 1988, avec les émeutes de contestation du pouvoir en place, marquent un recul au regard de la politique de population. Depuis cette date, aucun des programmes des gouvernements successifs n'a abordé la question sinon de manière allusive. Au mieux, la démographie y est présentée comme une contrainte qui rend plus ardue la tâche des gouvernants, mais sans engagement pour tenter d'en juguler la croissance. Le dispositif de prise en charge du PNMCD est gelé jusqu'en 1994 et les pouvoirs publics tendent à se décharger sur l'Association nationale de planning familial créée en 1987.

Depuis 1988, une seule position en faveur de la maîtrise de la croissance démographique a été exprimée par le président Boudiaf

dans un discours solennel prononcé à l'occasion de l'installation du Conseil consultatif national. Ce désengagement politique de l'État vis à vis de la question démographique a plusieurs niveaux d'explications, parmi lesquelles :

- le passé politique et le profil des chefs de gouvernement qui se succèdent et qui ont, pour la plupart d'entre eux, occupé de hautes fonctions sous la présidence de H. Boumédiène, dont il souhaite poursuivre la politique ;
- le souci d'éviter un domaine sensible, alors même que les réformes économiques annonçaient des mesures difficiles : abandon progressif du soutien aux produits de première nécessité, fin de la médecine gratuite, compression d'effectifs, etc. ;
- la volonté enfin de ne pas envenimer davantage les relations avec la « mouvance islamiste » d'autant plus que certains de ses leaders se sont prononcés contre la maîtrise de la croissance démographique.

On l'a dit, la question démographique est absente du discours et des débats dans les institutions mises en place au cours de la période de transition (Conseil national de transition, Conseil national économique et social, etc.) sans toutefois qu'il s'agisse d'une remise en question explicite au niveau officiel de l'option de maîtrise de la croissance démographique. Dès lors, eu égard aux enjeux qui sont ceux de la société algérienne, il est légitime de s'interroger sur la poursuite ou non du processus de transition de la fécondité et des progrès de la prévalence contraceptive largement engagés aujourd'hui, avec des évolutions très rapides des différents indices durant la dernière période, soit depuis le milieu des années 1980 (tableau 3), la question intermédiaire étant de se demander si l'idéologie islamiste peut interférer avec le déroulement de ce processus.

POLITIQUES ET TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ AU MAGHREB

TABLEAU 3. ALGÉRIE : INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ ET PREVALENCE CONTRACEPTIVE (FEMMES MARIÉES, 1969-1992)

	1969-70 ESNP	1980 EC	1986 ENAF	1992 EASME
ISF (nombre d'enfants par femme)	8,36	6,95	5,42	4,41
Prévalence contraceptive moderne (en %)			23,0	42,3
Prévalence contraceptive traditionnelle (en %)			12,0	8,5
Prévalence contraceptive totale (en %)	8,0*		35,0	50,8

Source : Aouragh, 1996 ; Kouaouci, 1993.

ESNP : Etude statistique nationale sur la population, enquête fécondité 1970 ;

* Enquête socio-démographique de l'AARDES, 1967-68 ;

EC : Etat civil 1980 ;

ENAF Enquête nationale algérienne sur la fécondité 1986 ;

EASME : Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (Papchild) 1992

La transition de la fécondité, processus irréversible ?

Plusieurs éléments plaident en faveur d'une poursuite du processus de transition. Tout d'abord, il n'existe pas d'exemple historique connu d'inversion de la transition de la fécondité. Ensuite, on enregistre, à travers toutes les enquêtes, qu'une demande réelle de contraception émane de la population : les femmes qui ne pratiquent pas la contraception appartiennent aux générations plus anciennes, et celles qui entrent dans la vie féconde ont été scolarisées et sont dans la majeure partie des cas favorables à la contraception. Enfin, on note un potentiel d'offre de services de planification important et théoriquement capable d'absorber la demande des femmes, avec notamment une couverture médicale dense assurée par 38 000 médecins en 1992, et dont 50 % des médecins généralistes sont des femmes.

Par contre, il faut relever les entraves à une accélération du processus de transition de la fécondité. Tout d'abord, des situations de crise ou de conflit peuvent générer par la suite des réactions de « survie », qui peuvent s'exprimer par des phénomènes de récupération des naissances (baby-boom). Ensuite, on peut noter l'existence d'un discours « démagogique » sur les capacités de l'Algérie à valoriser le Sahara, source d'espace et d'emplois, provenant de certains partis islamiques. Enfin, les difficultés d'approvisionnement en produits contraceptifs, liées aux problèmes financiers de l'Algérie qui est dépendante à 100 % de l'extérieur,

constituent des obstacles à une utilisation prolongée et universelle de la contraception.

CONCLUSION

A la veille de leurs indépendances, les sociétés maghrébines baignaient dans des contextes fortement natalistes. Aujourd'hui, en dépit de cheminements très différents, dus notamment à des positions doctrinales divergentes, elles sont en majorité favorables à la contraception. L'étude de la transition de la fécondité dans les trois pays du Maghreb permet d'affirmer le rôle majeur exercé par le volontarisme politique dans cette région. En effet, les modalités selon lesquelles se sont articulées et combinées, dans le temps, dans la conception et dans la mise en œuvre, politiques sociales et politiques démographiques d'une part, politiques de réduction de la fécondité et de promotion de la condition de la femme d'autre part (à travers la législation formelle en Tunisie, les codes discriminatoires en Algérie et au Maroc) offrent à cet égard un champ de comparaison particulièrement intéressant. Les conditions selon lesquelles sont « assumées » et mises en œuvre les stratégies de planification familiale sont explicatives des différences en matière de fécondité, avec uniquement des méthodes réversibles en Algérie, l'avortement et la stérilisation en Tunisie. Elles peuvent également être déterminantes quant à la poursuite du processus de baisse de la fécondité

« La finalité du programme est qu'au terme de la prochaine décennie la maîtrise de la fécondité ne constitue plus un problème de société » peut-on lire dans le Rapport de l'Algérie à la CIPD en 1994. L'enjeu ne paraît pas impossible pour les pays du Maghreb, à condition qu'émerge, surtout au Maroc et en Algérie où elle fait encore défaut, une réelle volonté politique de promotion de la femme.

Références bibliographiques

- ALOUÏ T., AYAD M. ET FOURATI H., 1989, *Enquête Démographique et de Santé en Tunisie 1988*, Office National de la Famille de la Population, Direction de la Population, Tunis, Tunisie et Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., Columbia, Maryland USA, 139 p.
- AOURAGH L., 1996, *L'économie algérienne à l'épreuve de la démographie*, Les Études du Ceped n° 11, CEPED, 337 p.
- AZELMAT M., AYAD M. ET HOUSNI E. H., 1993, *Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) 1992*, Ministère de la Santé Publique, Secrétariat Général-DPSI, Service des Études et de l'Information Sanitaire, Rabat, Maroc et Demographic and Health Surveys, Macro International Inc., Columbia, Maryland USA, 281 p.
- AZELMAT M., AYAD M. ET HOUSNI E. H., 1996, *Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS) 1995*, Ministère de la Santé Publique, Secrétariat général-DPSI, Service des Études et de l'Information Sanitaire, Rabat, Maroc et Demographic and Health Surveys, Macro International Inc., Columbia, Maryland USA, 201 p.
- COURBAGE Y., 1994, « La politique démographique en Égypte et son évaluation », *Population*, 49^e année, n° 4-5, 1041-1055.
- KOUAOUÏ A., 1993, « Essai de reconstitution de la pratique contraceptive en Algérie durant la période 1967-1987 », *Population*, 48^e année, n° 4, pp. 859-884
- TAIACHI H., 1993, « Mouvements de population », in *La démographie historique en Tunisie et dans le monde arabe*, Cérés Productions, Institut supérieur de l'éducation et de la formation continue, Tunis.
- Rapports de l'Algérie à la CPIP, 1994, Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, 5-13 Septembre 1994.
- Rapports de la Tunisie à la CPIP, 1994, Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, 5-13 Septembre 1994.

CHAPITRE 11

POLITIQUES DE POPULATION ET BAISSSE DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Thérèse LOCOH

chercheur à l'INED¹

avec la collaboration de Yara MAKDESSI

Assistante de recherche au CEPED²

Tous les pays d'Afrique subsaharienne admettent maintenant la présence de programmes de planification familiale, au moins pour des raisons de protection de la santé maternelle et infantile et le plus souvent pour intervenir sur le niveau de la fécondité. C'est un changement radical par rapport aux années 70. On se souvient que certains pays étaient franchement hostiles à la moindre propagande en faveur des méthodes contraceptives et que, dans les pays francophones, les associations affiliées à l'IPPF ont dû être appelées prudemment « associations de bien-être familial » voire même, comme au Zaïre, « Comité des Naissances Désirables » et non de « planning familial » comme dans les pays anglophones. Cela traduit bien les oppositions qu'elles ont dû contourner pour exister. Mais la situation est en train de changer. La crise des économies africaines, bien évidemment, n'y est pas étrangère.

¹ Institut national d'études démographiques, Paris, France.

² Centre français sur la population et le développement, Paris, France.

LES CONFÉRENCES MONDIALES DE POPULATION, DES BALISES SUR UN LONG CHEMIN

Longtemps réticents à adopter des politiques permettant d'intervenir sur la fécondité, les gouvernements africains affichent actuellement, pour la plupart, une attitude qui marque un tournant décisif. En adoptant la déclaration dite de Dakar/N'gor, en décembre 1992, lors de la Conférence africaine de population de Dakar, prélude à la 4^{ème} Conférence mondiale de la population qui devait se tenir au Caire en septembre 1994, ils ont, pour la première fois, collectivement, clairement indiqué leur agrément à des objectifs de maîtrise de la fécondité en déclarant qu'ils souhaitaient ramener le taux d'accroissement naturel de la population africaine à 2,5 % d'ici l'an 2000 et à 2 % d'ici l'an 2010.

Ils ont notamment affirmé leur volonté de :

« - faire en sorte que soient disponibles toutes les méthodes éprouvées de contraception et de planification familiale, y compris les méthodes traditionnelles et les méthodes naturelles, en garantissant le choix, l'objectif étant de doubler le taux d'utilisation de contraceptifs dans la région pour le faire passer de 10 % environ à approximativement 20 % à l'an 2000 et 40 % d'ici à l'an 2010 ;

- étudier les possibilités de production de contraceptifs en Afrique ;

- promouvoir la recherche sur la reproduction humaine et accroître le potentiel national par la collaboration avec le programme de l'OMS s'occupant de la recherche et la formation en matière de reproduction humaine et d'autres programmes reconnus au plan international. » (Commission Économique des Nations unies pour l'Afrique, 1992, p. 5).

Déjà, dix ans auparavant, l'un des événements les plus significatifs de la Conférence de Mexico (1984) avait été l'évolution de la position des représentants des gouvernements africains³. Revenant sur les thèses défendues à Bucarest (1974) où ils avaient affirmé avec optimisme que leurs pays pouvaient aisément supporter plus

³ Mise à part la volte-face des États-Unis qui soutiennent - à l'opposé de leurs positions antérieures et conformément à la politique libérale de Reagan - que la solution des problèmes démographiques résidait dans une croissance équilibrée alimentée par le libre jeu des forces du marché et non dans des politiques spécifiques (Johnson, 1987).

d'habitants puisqu'ils avaient des densités faibles et des ressources abondantes, beaucoup de gouvernements africains y exprimèrent des inquiétudes sur les conséquences de la poursuite de la croissance rapide de leur population (United Nations, 1993).

Ce tournant idéologique et politique avait été amorcé lors de la conférence d'Arusha, en janvier 1984, où fut adopté le « Programme d'action de Kilimandjaro », premier document à définir des positions communes des États africains en matière de population.

Pour ralentir la croissance de population, le programme de Kilimandjaro (Nations unies, 1984) recommandait que les gouvernements prennent les mesures suivantes : avant tout, encourager tout ce qui peut protéger et soutenir la famille, cellule de base de la société ; intégrer les services de planification familiale dans les services de santé maternelle et infantile ; faire que les services soient accessibles à tous les couples et individus qui en ont besoin à un faible coût ; enfin, développer des programmes nationaux, spécialement dans le domaine de l'éducation mais aussi grâce à de nouvelles législations, qui permettent de retarder l'âge des jeunes filles au premier mariage.

Ce sont ces recommandations qui ont été reprises et amplifiées dans la déclaration de Dakar/N'gor en 1992.

Les conférences mondiales ont donc été le cadre d'une évolution importante des conceptions des gouvernements africains sur les questions démographiques. Les positions teintées d'utopie de Bucarest (1974), les réticences initiales à l'adoption de tout objectif de contrôle de la fécondité et même à l'implantation de services de planification familiale, ont fait place à plus de réalisme et à des positions plus pragmatiques sur la nécessaire maîtrise de la croissance de la population, attitude qui doit beaucoup à la crise économique qui frappe de plein fouet ces pays depuis la fin des années 1970 mais où le rôle de la communauté internationale et des démographes africains eux-mêmes est lui aussi très important.

Les gouvernements africains ont pris conscience des problèmes liés à la croissance rapide de leur population

On peut douter que des discours dans des arènes internationales puissent être le moteur de changements importants, dans les sociétés africaines et ailleurs, mais ils sont, au moins, le reflet d'un « état de l'opinion gouvernementale » au moment où ils sont prononcés. Il est clair, à voir le changement de ton, d'objectifs et de mesures préconisées dans les documents de ces grandes conférences, que ces « opinions gouvernementales » – qui peuvent n'être qu'une toute petite partie des opinions publiques – ont profondément modifié leur approche des problèmes de fécondité au cours des vingt dernières années. En effet, l'évolution des positions de bon nombre de pays à l'égard de leur fécondité est indéniable (tableau 1). En 1976, 55 % des gouvernements considéraient leur fécondité comme « satisfaisante » et 36 % seulement la jugeaient trop élevée, contre 28 % et 54 % respectivement en 1990.

La comparaison de deux enquêtes périodiques des Nations unies sur les opinions des gouvernements concernant les tendances démographiques (United Nations, 1979, 1992) met en évidence une plus grande prise de conscience des problèmes liés à la fécondité élevée et l'évolution vers l'adoption de positions « interventionnistes ». Les programmes de planification familiale soutenus par des gouvernements dans le but de diminuer les niveaux de fécondité sont passés de huit en 1976 à vingt deux en 1990 (United Nations, 1992). De 1976 à 1990, douze pays sont passés d'une attitude non-interventionniste à une attitude interventionniste pour faire baisser la fécondité. Quinze pays déclarent que le niveau de leur fécondité est satisfaisant, la plupart d'entre eux encourageant néanmoins pour des raisons de « bien-être » des programmes de planification familiale. Enfin, il se trouve encore deux pays (Gabon et Guinée équatoriale), en 1990, pour déclarer vouloir augmenter leur niveau de fécondité, mais il s'agit là de deux cas très particuliers, on en conviendra (tableau 1).

POLITIQUES ET FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

TABLEAU 1. ESTIMATIONS GÉNÉRALES DES TAUX DE FÉCONDITÉ PAR LES GOUVERNEMENTS ET INTERVENTIONS DESTINÉES À INFLUENCER LA FÉCONDITÉ SELON LES RÉGIONS GÉOGRAPHIQUES, 1976 - 1990

Position en 1990 ¹						
Taux trop faibles		Taux satisfaisants			Taux trop élevés	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Pas d'interv. directe	Interv. pour élever	Interv. pour maintenir	Pas d'interv. directe	Interv. pour diminuer	Interv. pour diminuer	Pas d'interv. directe
<i>Afrique de l'Est</i>						
--	--	Maurice (6)	Djibouti (*)	--	<i>Burundi (4)</i>	Éthiopie (4)
			Madagascar (7)		<i>Comores (7)</i>	Malawi (4)
			Mozambique (3)		<i>Kenya (6)</i>	Tanzanie (4)
			Somalie (4)		<i>Rwanda (7)</i>	
					Scyelles (6)	
					Ouganda (6)	
					<i>Zambie (4)</i>	
					Zimbabwe (*)	
<i>Afrique Centrale</i>						
Congo (4)	<i>Guinée équatoriale (1)</i>	Sao Tome & Principe (4)	Angola (*)	--	Cameroun (1)	République centrafricaine (1)
	Gabon (2)		Tchad (4)			
			Zaire (4)			
<i>Afrique Australe</i>						
--	--	--	Namibie (*)	--	Botswana (6)	--
					Lesotho (6)	
					Afrique Sud (6)	
					Swaziland (6)	
<i>Afrique de l'Ouest</i>						
--	--	Côte d'Ivoire (3)	Bénin (4)	--	<i>Burkina (4)</i>	Guinée (4)
		Mali (4)	Mauritanie (4)		<i>Cap vert (4)</i>	Sierra Leone (7)
			Togo (4)		<i>Gambie (4)</i>	
					Ghana (6)	
					<i>Guinée-Bissau (4)</i>	
					<i>Liberia (7)</i>	
					<i>Niger (4)</i>	
					<i>Nigeria (4)</i>	
					<i>Sénégal (7)</i>	
<i>Ensemble de l'Afrique</i>						
1	2	4	11	0	22	6

Source : United Nations, World Population Monitoring, 1979 & 1992

¹ (X) indique la position du pays selon l'évaluation du taux et du mode d'intervention en 1976.

(*) En 1976, l'Angola, le Djibouti, la Namibie et le Zimbabwe ne figuraient pas dans le tableau.

En italique : les pays qui sont passés d'une position de non intervention à une position d'intervention.

**DES POLITIQUES DE MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ ET DE
LEUR MISE EN ŒUVRE : QUELQUES « ITINÉRAIRES »
AFRICAINS**

Certes, on peut se demander si les perceptions rapportées dans les évaluations périodiques des Nations unies reflètent la réalité ou ne sont qu'une attitude de façade (United Nations, 1993) mais, dans les dix dernières années, nombreux sont les pays qui ont adopté des politiques de population manifestant un changement rapide des positions gouvernementales ainsi qu'une attitude plus favorable à l'égard des programmes de planification familiale. Voici, pour illustrer ce propos, quelques itinéraires tels qu'on peut les retracer.

Le Ghana

Pays leader en Afrique subsaharienne, durant la décennie 60, tant sur le plan économique que sur le plan idéologique, il fut le premier de la région à adopter, en 1969, un document définissant une politique de population, le « Population Planning for National Progress and Prosperity ». La réduction de la fécondité y était explicitement considérée comme un objectif prioritaire quantifié : on devait atteindre un taux de croissance de la population de 2,5 % par an en 1985 et de 1,3 % en l'an 2000. Ce fut l'un des premiers pays d'Afrique à accueillir un programme de planification familiale.

Pourtant les ambitions du document définissant la politique de population du Ghana en 1969 n'ont pas été réalisées. Des infrastructures avaient été mises en place dès 1970, mais les aléas de la vie politique ghanéenne ont compromis, dès 1972, l'expansion des instances nationales chargées de la politique de population et de la coordination des actions avec les organisations internationales. Ces problèmes politiques sont probablement à l'origine de divers goulots d'étranglement et de pertes d'efficacité des services de planification familiale. Kumekpor *et al.* (1989) estiment que « l'un des grands problèmes qui entravent le développement effectif des services de planification familiale a été et est encore le manque de volonté politique » [traduit par nous, p. 378].

Toutefois, l'échec relatif des programmes de planification familiale pendant deux décennies (1970-1990) ne doit pas être imputé seulement aux problèmes institutionnels du Ghana National Family

Planning Program (GNFPP). Il peut aussi s'expliquer par la profonde désorganisation économique et sociale dans laquelle s'est débattu le pays. Les résultats de l'enquête EDS-DHS réalisée en 1993 montrent pour la première fois un fléchissement de la fécondité, qui serait passée de 6,4 à 5,5 enfants par femme, ce qui tendrait à démontrer que le retour à une certaine santé économique (amorcé au milieu des années 1980) est plus efficace pour générer des comportements favorables à la régulation des naissances que la période de crise profonde qui l'a précédée et durant laquelle la fécondité s'était maintenue à un niveau constant, aux environs de 6 enfants par femme (EDS-DHS, 1989).

L'expérience ghanéenne montre, à l'évidence, qu'une politique de population fermement définie, avec un objectif précis de réduction de la croissance n'est, en aucun cas, une condition suffisante pour entraîner un ralentissement de la fécondité.

Le Kenya

Dès 1966, le « National Family Planning Program » s'était fixé comme objectif d'arriver à ce que « chaque grossesse soit le résultat d'un choix volontaire ». Un rapport du Population Council avait estimé, en 1967, que la seule réalisation de cet objectif entraînerait la réduction de 50 % de la fécondité en l'espace de 10 à 15 ans (cité par Frank et McNicoll, 1987). C'est, au contraire, une augmentation spectaculaire de la fécondité (de 6,5 enfants dans les années 60 à 8 enfants par femme en 1978) que l'on a observée au cours de cette période.

Bien qu'un programme national ait été lancé en 1967, c'est seulement dans le plan quinquennal de 1975-1979 que le gouvernement avait décidé de réduire le taux d'accroissement démographique et s'était fixé comme objectif de limiter l'accroissement de la population à 2,8 % en l'an 2000. En 1976, par ailleurs, une loi avait fixé l'âge minimum légal au mariage à 18 ans pour les femmes et à 20 ans pour les hommes (Sala-Diakanda, 1991). Dans ce pays, l'action des ONG et des institutions protestantes a été déterminante pour l'implantation des programmes de planification familiale, parallèlement aux efforts du gouvernement.

Longtemps champion du monde de la fécondité - à l'étonnement de tous les experts qui avaient développé dans ce pays des programmes importants de planification familiale - le Kenya semble maintenant avoir abordé une phase de maîtrise accrue de la fécondité, si l'on en croit les résultats des deux enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS, 1989, 1993). La pratique contraceptive y est désormais l'une des plus élevées du sous-continent.

Le Kenya, comme le Zimbabwe et le Botswana, a connu de très significatifs progrès de la mortalité dans l'enfance et une progression rapide de la scolarisation des jeunes filles. Ce sont ces facteurs qui, associés à l'implantation de programmes de planification familiale de bonne qualité, ont joué un rôle déterminant dans l'amorce d'une baisse de la fécondité.

Le Sénégal

À Bucarest (1974), les représentants du Sénégal avaient été, avec ceux de l'Algérie, les hérauts du slogan « la meilleure pilule, c'est le développement ». Cette attitude radicale correspondait au courant culturel dominant à cette époque en matière de fécondité parmi les intellectuels africains, les démographes en particulier. Toutefois, en 1980, le gouvernement sénégalais a abrogé la loi de 1920 interdisant la propagande anticonceptionnelle et l'usage des contraceptifs, et les programmes de planification familiale ont commencé, à cette date, à être intégrés dans quelques services de santé maternelle et infantile.

C'est en 1988 que le gouvernement adopte une Politique de Population (République du Sénégal, 1988) dont les objectifs généraux incluent la réduction des taux de fécondité et du rythme de croissance démographique. Parmi les mesures préconisées on trouve la promotion de la planification familiale, pour permettre une meilleure maîtrise de la fécondité et éviter les avortements, la diffusion des méthodes contraceptives et l'éducation en matière de population pour éviter les grossesses précoces, lutter contre les maladies sexuellement transmissibles et favoriser l'espacement des naissances considéré comme un volet important de la protection de la santé maternelle et infantile.

La politique nationale du Sénégal comporte également des recommandations dans le domaine législatif et social en vue de la

protection de la mère et des enfants et de l'amélioration du statut des femmes. Le document du Sénégal est un bon exemple d'une intégration de mesures visant la réduction de la fécondité dans un ensemble d'objectifs touchant tous les domaines d'une véritable politique de population. En dépit de la qualité de la politique de population adoptée, les actions restent encore modestes au Sénégal. Pourtant la prise de conscience du gouvernement est maintenant évidente et un programme en direction des adolescentes devrait voir le jour, ce qui est le signe d'un changement réel dans un pays où, jusqu'à maintenant, on réservait les prestations de planification familiale aux femmes mariées.

Un début de fléchissement de la fécondité, essentiellement dû à un retard de l'âge au mariage dans les milieux urbains, est encore trop récent pour qu'on puisse en inférer le rythme des changements à venir (Pison *et al.*, 1995) qui sont déjà visibles en milieu urbain.

Le Cameroun

En 1976, après la conférence de Bucarest, le Cameroun, avec 6 enfants par femme en moyenne, considérait son niveau de fécondité comme trop faible et n'avait aucune politique d'intervention en faveur d'une réduction de la croissance (Gubry, 1988). Cette perception était liée à l'existence de zones d'infécondité relative au Cameroun (Evina, 1994) et la diminution récente de l'infécondité a grandement facilité l'évolution des opinions.

En 1986, deux ans après la conférence de Mexico, le gouvernement estime sa fécondité trop élevée (Gubry, 1988) mais n'adopte aucun programme d'intervention. Après vingt années de croissance économique soutenue, le pays connaît à partir de 1986-1987 une crise économique dramatique qui favorisera une prise de conscience des problèmes de population. En 1990, le Cameroun opte pour une intervention directe afin de réduire la fécondité (United Nations, 1992). La Politique Nationale de Population est adoptée en 1993 et se fixe pour objectif de traiter des questions démographiques en les intégrant dans le cadre du développement socio-économique. Néanmoins, le programme de planification familiale est encore timide et la pratique de la contraception moderne par les femmes mariées est estimée à 4,3 % en 1991 et 7,1 % en 1998 (EDS, 1991 et 1998).

Le Burkina Faso

En 1976 et 1986, dans l'enquête périodique des Nations unies sur les opinions des gouvernements en matière de population, le Burkina Faso estimait ses taux de fécondité satisfaisants et déclarait ne mener aucune politique spécifique en matière de population. Toutefois, à partir de 1986, un Plan National en matière de Planification Familiale est adopté, et auparavant, lors du bref passage au pouvoir de Thomas Sankara, des informations sur la planification familiale avaient été diffusées et des « projets-pilote » avaient vu le jour.

Dès le début des années 1990, le gouvernement change de position et considère que sa fécondité est trop élevée. En 1991, avec l'appui du Centre d'étude et de recherche sur la population pour le développement (CERPOD), est adoptée une politique de population officielle (Ministère du Plan et de la Coopération, 1991). La diminution de la mortalité y est un objectif prioritaire, mais également le développement de programmes de planification familiale intégrés dans les systèmes de santé. Le texte présenté par le gouvernement à la Conférence du Caire rappelle que la baisse de la fécondité n'est pas qu'une affaire de planification familiale puisqu'il estime que les programmes d'ajustement structurel ont provoqué l'appauvrissement des populations rurales et, par conséquent, ont renforcé les comportements pro-natalistes, façon de rappeler que démographie et croissance économique sont intimement liées.

Le Niger

Tard venu parmi les pays qui acceptent d'adopter des politiques favorables à un meilleur contrôle de la fécondité, le Niger a inauguré un changement de cap au moment où le président Senyi Kountche se permettait dans un discours officiel d'interpeller les femmes par cette robuste phrase : « Excusez-moi, mes soeurs, mais vous pondez trop ». C'est en 1984 que le gouvernement autorise l'implantation de services de planification familiale intégrés aux programmes de Santé Maternelle et Infantile, et en 1988 que des textes officiels régissent la mise en place de services de contraception.

En 1990 est mis en place le Comité technique interministériel sur la population (CTIP). Il élabore un document définissant la Politique Nationale de Population qui est adoptée en Mai 1991 (République du

Niger, 1993). Parmi les objectifs énoncés figure celui « d'augmenter la prévalence contraceptive aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural ».

Les services de planification familiale connaissent un certain succès à Niamey mais sont à peu près inexistant partout ailleurs. L'impact de la politique de population nouvellement adoptée est donc encore négligeable. La Conférence du Caire semble avoir eu dans ce pays fortement islamisé un effet pervers. Alors que les programmes étaient jusqu'alors bien tolérés, au titre de l'espacement des naissances, comme élément de la santé maternelle et infantile, les échos des polémiques des religieux sur leur contenu de limitation des naissances ont entraîné des manifestations à Niamey où le centre de planification familiale a été saccagé (communication personnelle).

Le Niger reste un des pays les plus durement touchés par la mortalité infantile et juvénile. Il y a fort à parier que la pratique de la planification familiale moderne restera cantonnée aux milieux éduqués de Niamey, tant que des progrès notables n'auront pas été obtenus dans ce domaine.

La Côte d'Ivoire

Exemple célèbre de la résistance aux pressions internationales en vue d'adopter une politique favorable à une réduction de la fécondité, la Côte d'Ivoire a longtemps accusé les experts en planification familiale de vouloir s'ingérer dans une affaire strictement intérieure. L'optimisme économique qui prévalait dans la période du boom économique des années 1960-1975 et l'accueil effectif de nombreux travailleurs venus d'autres pays d'Afrique sur le sol ivoirien entraînaient un optimisme démographique : on tablait sur la capacité des ressources ivoiriennes à faire face à l'accroissement de la population.

Il a fallu des années de récession économique et la chute dramatique des cours du café et du cacao pour que le gouvernement ivoirien change sa perception des équilibres démo-économiques. C'est en novembre 1991 que le gouvernement ivoirien a adopté un objectif de meilleure maîtrise de la fécondité (Zanou, 1994). C'est à peu près de cette année que l'on peut dater le lancement d'initiatives d'ampleur conséquente en matière de planification familiale. Il s'agit là d'un tournant important, confirmé par l'adoption d'une politique officielle

de population en 1997. La Côte d'Ivoire prend, elle aussi, le chemin de l'encouragement à une plus grande maîtrise de la fécondité.

LES ARTISANS DE L'ADOPTION DES POLITIQUES DE POPULATION

La coopération internationale et régionale

Tout d'abord il faut rappeler le rôle déterminant qu'a joué la Division de la population de la Commission économique pour l'Afrique des Nations unies (CEA), car c'est son équipe de démographes qui a été à l'origine de la déclaration de Kilimandjaro, dont l'adoption, à Arusha en 1984 (voir plus haut), a marqué le revirement de l'attitude des gouvernements africains à l'égard des politiques de fécondité.

Le Fond des Nations unies pour la population (FNUAP) a été le principal bailleur de fonds à soutenir l'adoption de politiques de population par les États africains. Cette activité figurait au nombre de ses priorités. Il a financé directement dans les pays la mise sur pied de commissions nationales de population chargées de l'élaboration des documents à soumettre aux autorités, et des bureaux d'études et ONG internationales pour les conseiller.

Au niveau national, les quelques exemples commentés ci-dessus illustrent la relative diversité des histoires qui ont conduit à l'adoption de politiques de fécondité, diversité dans le temps plus que dans le contenu car, de la lecture des documents officiels, se dégage une grande impression de « parenté » de toutes les politiques. Il faut dire qu'elles ont le plus souvent trouvé leur inspiration de départ dans des textes « proposés » par un organisme international et simplement « adaptés » par chaque commission nationale.

C'est le cas, notamment, des pays du Sahel où un programme « offensif » de la part du CERPOD a conduit à l'adoption de documents officiels au Sénégal en 1988, au Burkina Faso, au Mali et au Niger en 1991, en Gambie en 1992, au Cap Vert et au Tchad en 1994. S'agissant de pays ayant le même passé colonial (à l'exception du Cap Vert, de la Gambie et de la Guinée-Bissau) et affrontant les

mêmes contraintes écologiques et économiques, il n'est pas étonnant que les mesures adoptées soient proches, d'autant plus que les initiateurs de ces politiques étaient eux-mêmes des chercheurs des pays du Sahel.

D'autres initiatives ont eu moins de succès. C'est notamment celle du Research triangle institute (RTI) qui, après Mexico (1984), a développé un programme d'incitation à l'adoption de politiques de population selon une approche associant des propositions « à la carte » et la méthode dite du « conclave »⁴. Le Togo et le Zaïre ont notamment été bénéficiaires de ce programme qui consistait à réunir un groupe de techniciens nationaux (le conclave) pour leur faire composer, à partir d'un guide sur les « Matériaux pour la préparation de politiques nationales de population pour les pays africains » (Futures Group, 1988), un document de politique de population à proposer à leurs instances gouvernementales. Ce guide offrait des exemples de propositions adoptées dans d'autres pays parmi lesquelles il ne restait plus qu'à choisir et éventuellement à modifier légèrement les paragraphes qui paraissaient, aux participants, les mieux adaptés à leur situation nationale. Le guide vantait ainsi l'approche « à la carte » :

« Pour les rédacteurs de politique de chaque pays, cette disposition rend facile la comparaison des énoncés concernant n'importe quel sujet de politique dans chacun et dans tous les documents de source, quand ils cherchent l'énoncé le plus approprié sur ce sujet pour une application dans leur propre pays. » (Volume II du Guide, Futures Group, 1988).

Cette approche "prédigérée" ne semble pas avoir remporté beaucoup de succès, peut-être parce que les techniciens nationaux associés à ce genre d'entreprise se sentaient, à juste titre, quelque peu manipulés.

La coopération bilatérale

Au niveau bilatéral, c'est incontestablement l'USAID qui est intervenue le plus directement en ce domaine, par le financement de

⁴ On peut d'ailleurs se demander si cette référence à une pratique vaticane était pertinente compte tenu de l'objectif !

bureaux d'études (tels que le RTI, projet « Options ») pour promouvoir la rédaction de politiques nationales de population. Plus efficace à notre avis a été le financement, par les États-Unis, du programme des enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS) qui a permis, en quelques années (depuis 1986) de connaître beaucoup mieux les niveaux de fécondité et les tendances depuis les précédentes enquêtes mondiales de fécondité (EMF). Ces résultats ont plus fait pour l'évolution des attitudes gouvernementales que les campagnes de sensibilisation et les séminaires de persuasion organisés à l'envi dans toute l'Afrique subsaharienne.

La Grande-Bretagne a exercé son influence principalement via l'IPPF, principale ONG internationale de planification familiale qui a présidé à l'implantation d'associations de planification familiale dans la plupart des pays d'Afrique, dès les années 60.

La plupart des évaluations des politiques de population africaines, surtout quand elles sont dues à des plumes anglo-saxonnes, font le procès du colonisateur français, supposé être le principal responsable des tendances pro-natalistes des pays francophones. C'est oublier que les sociétés africaines, elles-mêmes sont pro-natalistes. Ce qui est vrai, néanmoins, c'est que dans les prises de position politiques, les déclarations officielles, la « culture » des élites francophones a probablement été marquée par les thèses non-malthusiennes des économistes français (Alfred Sauvy notamment) et, dans certains pays, par l'influence de l'Église catholique dont on sait l'opposition à toute forme de maîtrise de la fécondité autre que la continence périodique.

Mais que les discours des politiques aient été plus ou moins portés à soutenir les thèses malthusiennes, cela n'a pas créé beaucoup de différences dans les comportements des populations, si on en juge par le maintien de forts niveaux de fécondité, aussi bien dans des pays anglophones que francophones. Le Ghana, par exemple, doté dès 1969 d'une politique de population visant à la baisse de la fécondité a conservé jusqu'en 1988 un niveau inchangé de fécondité, de même que de nombreux autres pays anglophones. Si les quelques pays qui voient leur fécondité baisser depuis 1984 (Botswana, Kenya, Zimbabwe et peut-être tout récemment le Ghana) sont effectivement

anglophones⁵, il faut en voir l'explication beaucoup plus dans le type d'évolution socio-économique de ces pays que dans l'influence d'un ancien pays colonisateur.

La fameuse « loi de 1920 », conçue pour enrayer la dénatalité française après la première guerre mondiale et laissée en héritage par la France à ses ex-pays colonisés, est souvent citée, à bon droit, comme un obstacle à la diffusion des méthodes contraceptives. Elle est progressivement abrogée, souvent à l'occasion de l'adoption des politiques nationales de population. Mais l'information, à son sujet, est souvent floue, faute d'une bonne communication entre juristes et démographes. Il n'est pas rare de lire des recommandations visant à l'abroger dans des pays où elle l'est déjà !

Enfin, il faut reconnaître que ce qui caractérise la coopération française dans le domaine des politiques de fécondité c'est... la non-intervention. Son silence et son inaction sur ces questions sont depuis peu remises en question, mais il est bien tard pour intervenir dans un domaine où elle avait pourtant des positions originales à défendre grâce à sa présence sur le terrain de la formation et de la recherche et à sa forte implication dans les systèmes de santé.

Les initiatives nationales

On ne saurait passer sous silence la part qu'ont prise, au niveau de chaque pays, des statisticiens, démographes et chercheurs en sciences sociales dans la définition des orientations des politiques de fécondité. La formation de cadres africains - à travers le Regional institute for population studies (RIPS) et l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD) - a été et reste une des activités les plus « rentables » à moyen terme pour l'évolution des politiques de population. On a, dans les années 1980, atteint une masse critique de spécialistes africains en population qui ont pris le relais des « experts » étrangers et largement contribué à endogénéiser les prises de position sur les problèmes de population.

⁵ Le Rwanda, ancienne colonie des belges, après avoir battu des records (8,5 enfants par femme en 1983) semble également avoir amorcé une diminution de sa fécondité (6,2 enfants par femme en 1992). La Côte d'Ivoire passe de 7,4 enfants en 1980-1981 à 5,7 enfants par femme en 1994 et 5,2 en 1998-99 et de premiers frémissements sont perceptibles au Sénégal (de 7,1 enfants en 1978 à 6 en 1992-1993 et 5,7 en 1997).

La création de centres de recherche universitaires, déjà ancienne dans les pays de tradition anglophone et plus récente dans les pays de tradition francophone, est aussi une promesse de recherches adaptées au contexte culturel des pays concernés dont on peut escompter des retombées concrètes pour améliorer l'efficacité des politiques.

DES FÉCONDITÉS ENCORE ÉLEVÉES... MAIS LES PRÉMICES D'UNE BAISSÉ

Tous les nouveaux résultats d'enquêtes sur la fécondité tendent à prouver que la baisse de la fécondité est amorcée dans un nombre croissant de pays d'Afrique subsaharienne (Locoh et Hertrich, 1994). Après les trois pays « précurseurs » identifiés lors de la série des enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS) des années 1986-1988 - le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe - de nouvelles enquêtes postérieures à 1990 confirment cette tendance au Kenya et au Zimbabwe mais aussi au Rwanda (8,5 enfants par femme en 1983 et 6,2 en 1992), au Ghana (6,4 enfants par femme en 1988 et 5,5 en 1993), au Sénégal (6,6 enfants par femme en 1988 et 6 en 1992). La tendance est plus nette en milieu urbain, comme on pouvait s'y attendre (tableau 2 et figures 1 à 3).

Ceci ne concerne évidemment que les pays pour lesquels on dispose de données d'enquêtes successives. Il faut raison garder et ne pas généraliser indûment cette tendance à l'ensemble du sous-continent. De plus, la tendance à la baisse a lieu à partir de niveaux initiaux très élevés. Le Kenya et le Rwanda avaient atteint des indices synthétiques de fécondité de l'ordre de 8. Le chemin à parcourir pour un ralentissement de la croissance démographique, voire pour une stabilisation de la population est, on le sait, encore très long.

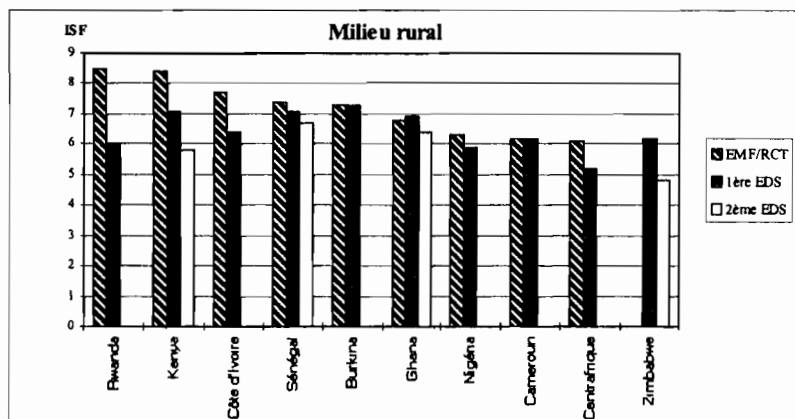
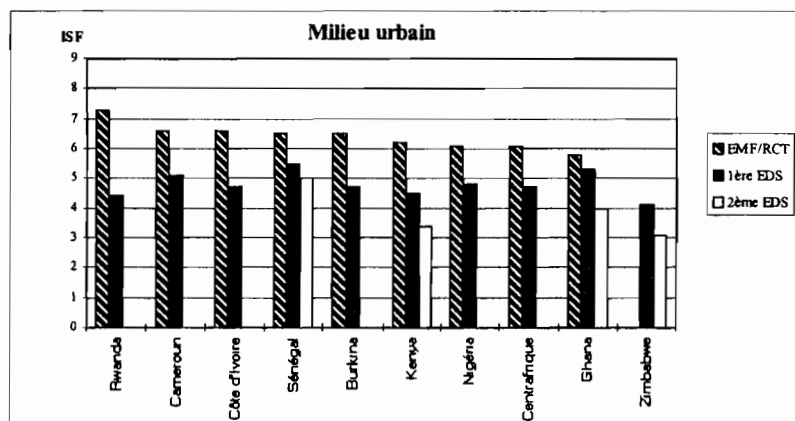
POLITIQUES ET FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

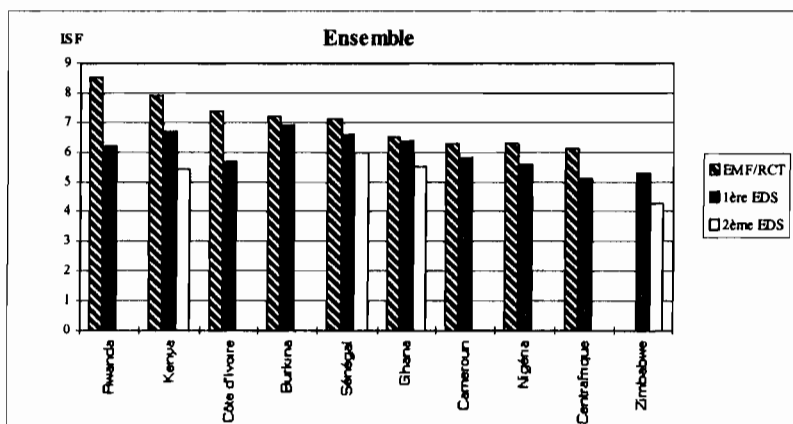
TABLEAU 2. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ DES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE À DIFFÉRENTES PÉRIODES

Périodes	EMF/RCT 1973-1985	EDS-I 1987-1989	EDS-II 1990-1992	EDS-III 1993-1995
<i>Urbain</i>				
Burkina Faso	6,5	--	4,7	--
Cameroun	6,6	--	5,1	--
Centrafrique	6,1	--	--	4,7
Côte d'Ivoire	6,6	--	--	4,7
Ghana	5,8	5,3	--	4,0
Kenya	6,2	4,5	--	3,4
Nigeria	6,1	--	4,8	--
Rwanda	7,3	--	4,4	--
Sénégal	6,5	5,5	5,0	--
Zimbabwe	--	4,1	--	3,1
<i>Rural</i>				
Burkina Faso	7,3	--	7,3	--
Cameroun	6,2	--	6,2	--
Centrafrique	6,1	--	--	5,2
Côte d'Ivoire	7,7	--	--	6,4
Ghana	6,8	6,9	--	6,4
Kenya	8,4	7,1	--	5,8
Nigeria	6,3	--	5,9	--
Rwanda	8,5	--	6,0	--
Sénégal	7,4	7,1	6,7	--
Zimbabwe	--	6,2	--	4,8
<i>Ensemble</i>				
Burkina Faso	7,2	--	6,9	--
Cameroun	6,3	--	5,8	--
Centrafrique	6,1	--	--	5,1
Côte d'Ivoire	7,4	--	--	5,7
Ghana	6,5	6,4	--	5,5
Kenya	7,9	6,7	--	5,4
Nigeria	6,3	--	5,6	--
Rwanda	8,5	--	6,2	--
Sénégal	7,1	6,6	6,0	--
Zimbabwe	-	5,3	--	4,3

Sources : EMF (Enquête mondiale fécondité) ; RCT (Recensement) ; EDS (Enquête démographique et de santé). Pour les dates des enquêtes se référer au tableau annexe.

FIGURES 1, 2 ET 3. INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ DES FEMMES DE 15-49 ANS PAR MILIEU DE RÉSIDENCE, SELON DIFFÉRENTES SOURCES





Les indices synthétiques de fécondité (ISF), des femmes mariées de 15 à 49 ans dans les pays pour lesquels on dispose d'une enquête EDS-DHS, montrent que l'écart se creuse entre milieu rural et milieu urbain. Seuls l'Ouganda (1988-1989) et le Niger (1992) ont encore des indices (ISF) supérieurs à 6 enfants par femme en milieu urbain. En milieu rural par contre, cinq pays seulement - la Guinée, la République Centrafricaine, le Kenya, le Zimbabwe et le Botswana - ont un indice inférieur à 6 enfants par femme (tableau 3).

La transition de la fécondité, là où on commence à l'observer, présente deux caractéristiques notables, l'une - le recul de l'âge au mariage - est commune à toutes les transitions de la fécondité des pays en développement, l'autre - le maintien d'une contraception d'espacement plutôt que l'émergence d'une contraception d'arrêt - est caractéristique d'un modèle africain de fécondité.

On a peu de données sur le recul de l'âge au premier mariage dans les EDS-DHS qui se sont très peu intéressées à la vie matrimoniale. Il faut recourir à d'autres sources dont certaines ont spécifiquement étudié l'effet du recul de l'âge au premier mariage sur la fécondité. Celui-ci est surtout net en milieu urbain mais commence à être expérimenté dans certains milieux ruraux (Delaunay, 1994 ; Pison *et al.*, 1995).

CHAPITRE 11

TABLEAU 3 : INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ DES FEMMES EN UNION ÂGÉES DE 15 À 49 ANS POUR LA PÉRIODE DE 0-3 ANS AVANT L'ENQUÊTE

	Année	Urbain	Rural	Ensemble
<i>Afrique de l'Ouest</i>				
Burkina Faso	1993	4,7	7,3	6,9
Côte d'Ivoire	1994	4,7	6,4	5,7
Ghana *	1993	4,0	6,4	5,5
Guinée	1992	5,2	5,9	5,7
Niger	1992	6,7	7,5	7,4
Nigeria	1990	5,0	6,3	6,0
Sénégal	1992-93	5,0	6,7	6,0
Togo	1988	4,7	7,0	6,9
<i>Afrique Centrale</i>				
Cameroun	1991	5,1	6,2	5,8
Centrafrique	1994-95	4,7	5,2	5,1
<i>Afrique de l'Est</i>				
Kenya	1993	3,4	5,8	5,4
Malawi	1992	5,5	6,9	6,7
Ouganda	1988-89	6,1	7,6	7,4
Rwanda	1992	4,4	6,0	6,2
Tanzanie	1991-92	4,0	6,6	6,2
Zambie	1992	5,8	7,1	6,5
Zimbabwe**	1993	3,1	4,8	4,4
<i>Afrique Australe</i>				
Botswana	1988	4,1	5,4	5,0
Namibie	1992	4,0	6,3	5,4

Sources : Rapports nationaux.

* 5 ans précédent l'enquête ; ** 4 ans précédent l'enquête

En ce qui concerne le calendrier de la fécondité, les courbes des taux de fécondité par âge montrent nettement une tendance à contrôler la fécondité plutôt par un espacement accru entre les naissances que par un arrêt de la fécondité qui se traduirait par une chute des taux plus brutale aux âges élevés que dans les premières années de la vie féconde (Van de Walle et Foster, 1990). Les courbes successives du Kenya, du Zimbabwe, du Ghana et de la Côte d'Ivoire (figures 4a, 4b, 4c et 4d) le montrent bien. Les courbes du Sénégal sont l'illustration d'une tendance toute récente à la baisse qui est due essentiellement à un recul des débuts de la fécondité et ne concerne pratiquement pas les femmes de plus de 30 ans (figure 4e). Enfin les courbes des taux de fécondité du Cameroun attestent d'une quasi

stabilité des comportements même si une très légère diminution avant 30 ans et aux âges les plus élevés semble se manifester (figure 4f).

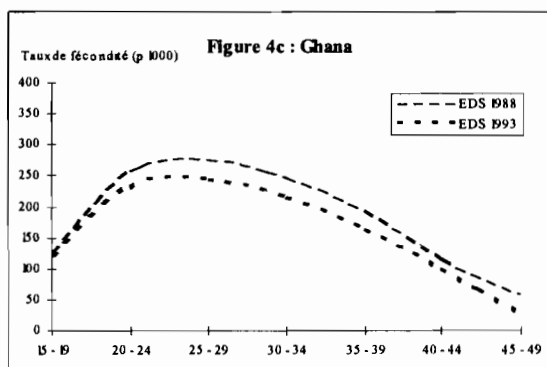
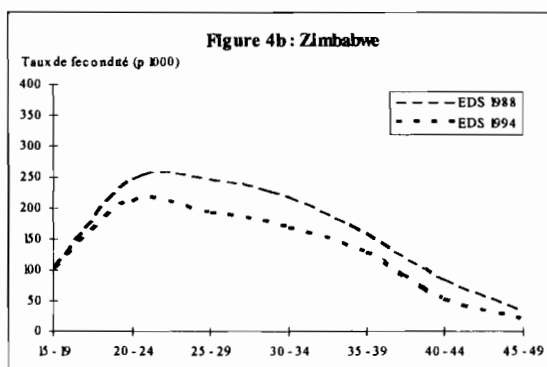
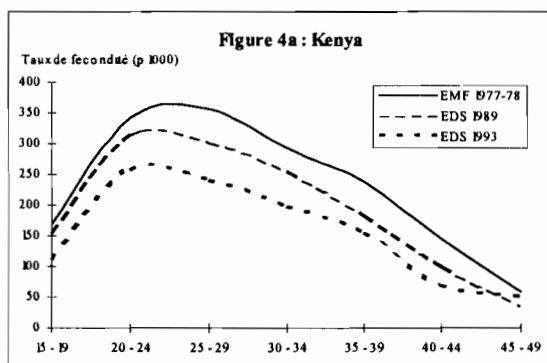
Compte tenu de ces caractéristiques de l'évolution des indices synthétiques de fécondité, on comprend mieux que les niveaux de pratique de la contraception restent faibles ou - dans quelques pays - modérés en raison du faible recours à la contraception d'arrêt. Seuls quatre pays, le Botswana, le Kenya, la Namibie et le Zimbabwe ont des taux de pratique contraceptive des femmes en union (méthodes modernes⁶) supérieurs à 25 % (tableau 4). En milieu urbain, à l'exception de ces quatre pays, les taux sont toujours inférieurs à 28 %. Quant aux taux observés en milieu rural, ils restent inférieurs à 8 %, à l'exception du Zimbabwe, du Kenya, du Botswana, du Rwanda, du Namibie et du Ghana.

UNE ÉVOLUTION PLUS RAPIDE QUE PRÉVUE ?

En 1984, les Nations unies avaient publié des perspectives de population jusqu'en l'an 2025. Nous avons confronté les projections de fécondité pour la période 1990-1995 aux résultats des enquêtes récentes réalisées à peu près aux mêmes dates. Les perspectives, il y a dix à quinze ans, avaient-elles vu juste ? Il semble avec le recul qu'elles avaient un peu surestimé le maintien d'une forte fécondité. D'après les données EDS-DHS douze pays ont, au moment de l'enquête (de 1986 à 1993 selon les pays) une fécondité inférieure à celle qui était attendue dans l'hypothèse faible des Nations unies pour la période 1990-1995, et seulement six autres (Cameroun, Togo, Burkina-Faso, Mali, Ouganda, Niger) une fécondité supérieure à celle prévue dans les mêmes hypothèses (figure 5 et tableau 5). Les pays qui ne sont pas inclus dans le programme EDS-DHS sont-ils sur la même voie ? Si oui, alors on peut présumer que l'accroissement de la population du continent sera plutôt légèrement inférieur à celui que prévoyaient les perspectives des Nations unies de 1984, même dans leur variante faible. Ceci illustre bien à quel point actuellement, l'Afrique est dans une situation d'incertitude, les meilleures projections pouvant être remises en question sur une période somme toute assez courte.

⁶ Nous y avons délibérément ajouté la « continence périodique », injustement classée avec les « gri-gri » dans les enquêtes EDS.

FIGURE 4 : ÉVOLUTION DES TAUX DE FÉCONDITÉ PAR GROUPE D'ÂGES DANS SIX PAYS



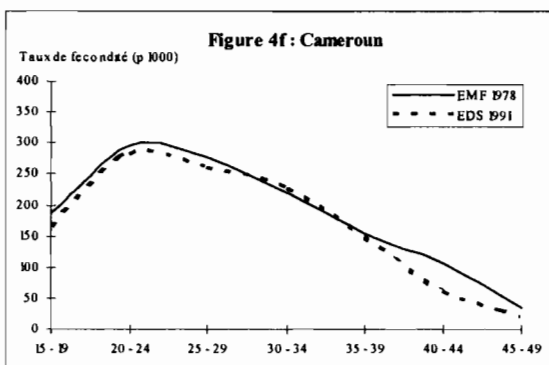
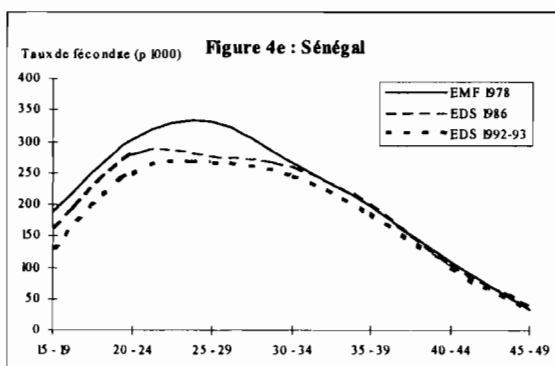
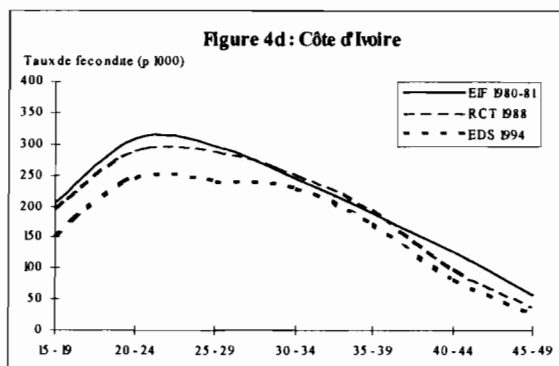


TABLEAU 4. POURCENTAGE DE FEMMES EN UNION UTILISANT AU MOMENT DE L'ENQUÊTE UN MOYEN DE CONTRACEPTION MODERNE SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE *

	Année	Urbain	Rural	Ensemble
<i>Afrique de l'Ouest</i>				
Burkina Faso	1993	25,3	4,0	7,7
Côte d'Ivoire	1994	17,6	5,4	10,3
Gambie	1990	22,8	6,9	9,8
Ghana	1993	28,0	12,7	17,6
Guinée	1992	5,7	0,2	1,6
Niger	1992	17,7 (a)	0,7	2,4
Nigeria	1990	13,1	2,7	4,9
Sénégal	1992/93	13,7	1,6	5,6
Togo	1988	15,9	6,8	9,5
<i>Afrique Centrale</i>				
Cameroun	1991	18,6	6,3	11,1
Centrafrique	1994-95	15,4	3,9	8,1
<i>Afrique de l'Est</i>				
Kenya	1993	42,5	29,5	31,5
Malawi	1992	19,3	8,2	9,6
Ouganda	1988/89	16,7	2,8	4,1
Rwanda	1992	25,6	17,7	18,0
Tanzanie	1991/92	12,4 (b)	5,7	7,9
Zambie	1992	16,7	3,7	9,8
Zimbabwe	1994	54,1	37,4	42,3
<i>Afrique Australe</i>				
Botswana (c)	1988	38,2	24,9	28,9
Namibie	1992	47,2	13,7	26,7

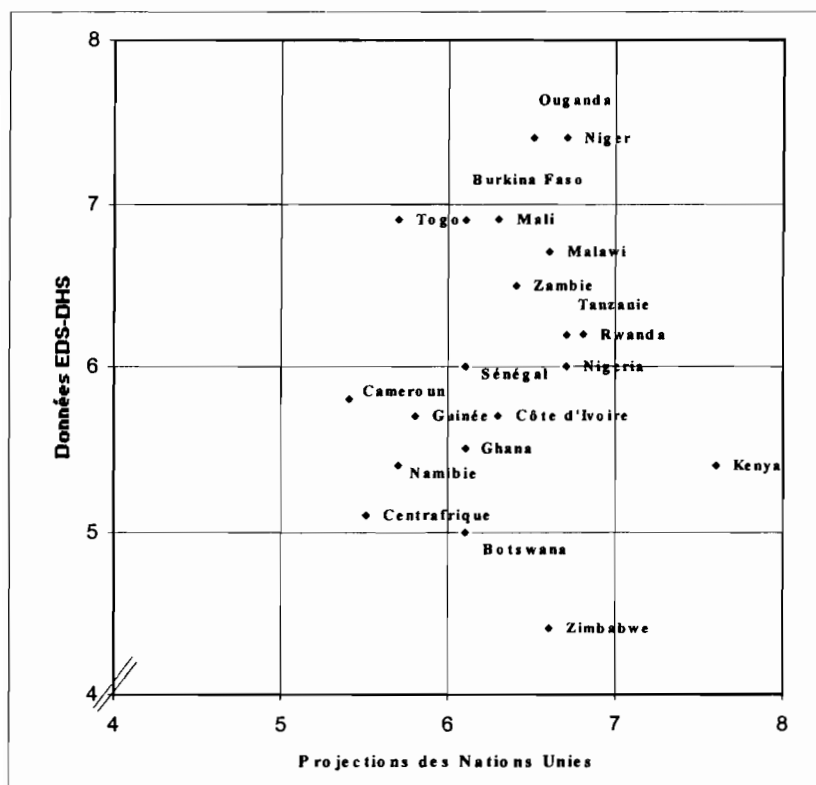
Sources : Rapports nationaux des enquêtes EDS, sauf Gambie : Gambia Contraceptive Prevalence and Fertility Determinants Surveys, GCPFDS.

(a) Niamey (b) Dar es Salam (c) toutes les femmes

* Méthode moderne : pilule, DIU, injection, méthodes vaginales, préservatifs, stérilet, continence périodique.

POLITIQUES ET FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

FIGURE 5. INDICES SYNTHÉTIQUES DE FÉCONDITÉ SELON LES DONNÉES EDS-DHS LES PLUS RÉCENTES (1987-1994) ET L'HYPOTHÈSE FAIBLE DES PROJECTIONS DES NATIONS UNIES EN 1984 POUR LA PÉRIODE 1990-1995



CHAPITRE 11

TABLEAU 5. COMPARAISON DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ* SELON LES EDS LES PLUS RÉCENTES AVEC LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES DES NATIONS UNIES EN 1984 POUR LA PÉRIODE 1990-1995 SELON LES HYPOTHÈSES MOYENNE ET FAIBLE

	Année	EDS-DHS	Hypothèse	
			Moyenne	Faible
<i>Afrique de l'Ouest</i>				
Burkina Faso	1993	6,9	6,4	6,2
Côte d'Ivoire	1994	5,7	6,4	6,3
Ghana	1993	5,5	6,4	6,1
Guinée	1992	5,7	6,1	5,8
Mali	1987	6,9	6,6	6,3
Niger	1992	7,4	7,0	6,7
Nigeria	1990	6,0	7,0	6,7
Sénégal	1992/93	6,0	6,4	6,1
Togo	1988	6,9	6,0	5,7
<i>Afrique Centrale</i>				
Cameroun	1991	5,7	5,7	5,4
Centrafrique	1994-95	5,1	5,8	5,5
<i>Afrique de l'Est</i>				
Kenya	1993	5,4	7,8	7,6
Malawi	1992	6,7	6,9	6,6
Ouganda	1988/89	7,4	6,8	6,5
Rwanda	1992	6,2	7,2	6,8
Tanzanie	1991/92	6,2	7,0	6,7
Zambie	1992	6,5	6,7	6,4
Zimbabwe	1994	4,4	6,5	6,6
<i>Afrique Australe</i>				
Botswana	1988	5,0	6,4	6,1
Namibie	1992	5,4	6,0	5,7

Source : Rapports nationaux des enquêtes EDS et United Nations, 1986, World population prospects as assessed in 1984.

* Indice synthétique de fécondité pour les femmes de 15 à 49 ans.

DES POLITIQUES DE MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ, POUR QUOI FAIRE ?

Tout indique que l'Afrique subsaharienne sort de la « culture de la forte fécondité », au moins par l'expression officielle d'objectifs de maîtrise de la fécondité. La traduction, dans les indices, de ces nouvelles orientations est encore limitée à quelques pays et à des diminutions très modestes du nombre moyen d'enfants par femme. Comment se fait-il que les « discours » se traduisent encore si peu en « résultats » ? Si l'on se réfère aux autres pays en développement, on doit reconnaître que l'Afrique s'engage plus tard dans ces politiques, plus timidement et avec des programmes moins « fermes ». À cet égard, les exemples asiatiques sont dans tous les esprits. On peut discerner de multiples raisons pour expliquer ce cheminement différent.

Les processus d'adoption des politiques de maîtrise de fécondité

Nous avons souligné que la présence des techniciens nationaux sur le terrain contribuait à une « endogénéisation » des décisions mais c'est là un phénomène tout récent. Durant les vingt premières années des indépendances c'était, le plus souvent, des experts étrangers qui « poussaient » à l'adoption de programmes de planification familiale (Locoh, 1991) et il y a eu longtemps des réticences des hommes politiques à suivre cette voie.

Il n'est pas certain que toute réserve soit maintenant dépassée. Car derrière les déclarations officielles, il y a encore beaucoup de « non-dits » et les lenteurs administratives à l'implantation de certains programmes peuvent bien s'interpréter comme l'expression, en mineur, de réticences qui n'osent plus s'afficher puisque les programmes d'intervention sur la fécondité sont une des conditionnalités de l'aide dans le cadre du rééchelonnement de la dette.

Dans certains pays, il règne encore des incertitudes sur les données qui servent de base à l'évaluation des indices de fécondité. L'information sur la croissance démographique, ou sur les effets de telle ou telle méthode de contraception, est très lacunaire. N'a-t-on pas vu le programme camerounais remis en question dans l'opinion publique à l'occasion d'une campagne de vaccination (en 1989) parce

qu'une rumeur circulait selon laquelle on vaccinait les filles « contre » la fécondité ? L'ambivalence des attitudes à l'égard des politiques en matière de fécondité est encore présente, tant dans les milieux gouvernementaux que dans la population.

La situation socio-économique : atout ou handicap pour les politiques de fécondité ?

On l'a vu, la plupart des documents officiels qui fondent la politique démographique n'ont que quelques années d'existence. Il a fallu, dans certains cas, beaucoup d'efforts et de diplomatie pour les faire adopter et le risque existe que les dirigeants et cadres impliqués dans la mise en place de politiques officielles marquent une pause après cette étape. Pourtant, si l'existence de positions officielles est un atout pour l'instauration de programmes de maîtrise de la fécondité, ils ne sont qu'un début et peuvent rester lettre morte s'ils ne sont pas relayés par une volonté politique d'agir concrètement. Au Ghana, l'existence d'un tel document n'a pas empêché la fécondité de se maintenir pendant plus de vingt ans à un niveau quasi inchangé.

Les politiques devraient instaurer un climat de tolérance à l'égard des programmes d'intervention, spécialement des programmes de planification familiale, mais des déclarations aux programmes, il y a souvent un long chemin. Il faut des moyens financiers, du personnel formé, des infrastructures administratives, des structures d'approvisionnement en état de marche pour mener à bien des programmes. La Conférence du Caire en 1994, qui a consacré l'essentiel de ses débats aux questions concernant la planification familiale, a estimé que les pays en développement devraient assumer eux-mêmes les deux tiers des financements des programmes de planification familiale jugés nécessaires. Que feront les gouvernements africains ? Adopter des résolutions est une chose, consacrer des dépenses importantes aux programmes, à prélever sur des budgets réduits de façon drastique, en est une autre.

Les crises des économies africaines incitent probablement une partie de la population (celle des salariés des villes) à réduire leur descendance (Lesthaeghe, 1989) mais elles compromettent directement la poursuite des progrès antérieurs en matière de scolarisation et de promotion de la santé, deux secteurs-clés d'une évolution de la demande d'enfants et d'une meilleure régulation de la

fécondité. Avec des services de santé exsangues, comment diffuser correctement des moyens de contraception ? Avec des fonctionnaires non payés, depuis des mois parfois, comment faire appliquer une politique, quelle qu'elle soit ?

Les crises des économies se doublent, dans plusieurs pays, de crises politiques dramatiques. Là où elles ont été adoptées par des États dont l'autorité est fortement entamée, sinon complètement contestée - sans parler des pays déstabilisés par les guerres - il est illusoire d'attendre une quelconque efficacité des politiques, surtout dans un domaine culturellement sensible pour les populations.

Les programmes de planification familiale : beaucoup de progrès à faire

Redisons-le ici, les services de planification familiale, en Afrique, laissent beaucoup à désirer : insuffisance des informations dispensées, mauvaise qualité de la relation entre client et prestataire, absence de choix des méthodes (Kotokou, 1994), non respect de l'intimité des clients, difficultés d'accès, sont le plus souvent le prix à payer par ceux qui veulent obtenir des prestations de planification familiale. Dans ces conditions l'efficacité des services est faible et les abandons très nombreux. Le retour à des méthodes « traditionnelles » voire, malheureusement, à l'avortement, n'est pas rare.

Les programmes de planification familiale doivent être largement diversifiés pour gagner en efficacité, c'est-à-dire proposer des programmes spéciaux pour chaque clientèle. Jusqu'ici, en Afrique, on s'adresse presque uniquement aux femmes mariées ayant l'accord de leur mari (bien qu'officiellement abrogée, cette disposition est encore très largement appliquée dans les services). Il faut des programmes pour les jeunes, les hommes, les femmes qui ne sont pas en union... L'offre doit aussi diversifier ses méthodes. Il faut recourir à la fois à la distribution à base communautaire, au marketing social, à la diffusion d'informations par les canaux les plus variés et non plus seulement proposer, sur un mode bien souvent autoritaire, la « prescription » de contraception dans des centres de santé (Adeokun, 1994).

Les politiques dites « de fécondité » ne sauraient se limiter à l'offre de services de contraception. Elles doivent, résolument,

s'inscrire dans des politiques de « changement social ». La meilleure maîtrise de la croissance démographique passe, à l'évidence, par des transformations qui relèvent globalement du développement social : amélioration des conditions sanitaires, de la scolarisation et de la condition féminine. Encore celles-ci doivent-elles être accompagnées par des mesures spécifiques conçues en référence à chaque ensemble socioculturel. La même solution n'est pas valable dans toutes les sociétés. Pour accompagner ces mutations sociales et prévenir leurs effets négatifs dans certains secteurs, il faut affiner les instruments de diagnostic et d'analyse, non seulement au niveau national, mais au niveau de chaque sous-ensemble socio-économique. Il est inefficace et contre-productif de proposer des solutions standardisées pour tous les pays et tous les groupes sociaux.

VUE D'ENSEMBLE

Quel a été le rôle des politiques de population dans le début du processus auquel on assiste dans certains pays ? Il n'est pas facile de répondre à cette question car elles se sont superposées aux nombreux facteurs sociaux, économiques et politiques qui ont pu exercer une influence sur les comportements procréateurs. Il est très difficile d'isoler leur rôle spécifique dans les changements de comportements. Là où des baisses se sont produites, rien ne prouve vraiment qu'elles sont le fruit de l'adoption de politiques plutôt que d'une évolution favorable dans les domaines-clés de la santé et de la scolarisation, spécialement celle des femmes. Avec ou sans politique de régulation de la fécondité, les pays où des baisses sont enregistrées sont ceux qui ont fait des progrès conséquents dans ces domaines et qui ont, parallèlement, mis en place des services de planification familiale de qualité facilement accessibles.

Les politiques en matière de fécondité ont le mérite d'exister. C'est une étape dans l'évolution des perceptions des questions de population en Afrique. On peut se demander néanmoins quel a été le rapport qualité-prix des actions en ce domaine. On a dépensé beaucoup d'argent pour faire adopter des déclarations officielles. Les unités de population qui ont été mises en place dans différents pays pour coordonner les mesures devant concourir à l'application d'une politique de population ont eu une efficacité discutable et n'ont que peu de poids dans les arbitrages ministériels. N'aurait-on pas été plus

vite en consacrant les mêmes moyens à d'autres programmes, par exemple à la conception de services de planification familiale capables de répondre véritablement aux besoins de la population ? La question mérite d'être posée⁷.

Références bibliographiques

- ADEOKUN L.A., 1994, « Service quality and family planning outreach in Sub-Saharan Africa », in Locoh T. et Hertrich V. (éds.), *The Onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa*, Belgium, IUSSP, pp. 235-249.
- COMMISSION ÉCONOMIQUE DES NATIONS UNIES POUR L'AFRIQUE, 1992, *Déclaration de Dakar/N'gor sur la Population, la Famille et le développement durable*, Rapport de la troisième conférence africaine sur la population, Dakar, 11-12 décembre 1992, 18 p.
- DELAUNAY V., 1994, L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais, *Les Etudes du CEPED*, n° 7, 326 p.
- EVINA A., 1994, « Infertility in Sub-Saharan Africa », in Locoh T. et Hertrich V. (éds.) *The Onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa*, Belgium, IUSSP, pp. 251-266.
- FEDERAL REPUBLIC OF NIGERIA, 1988, *National policy on population for development, unity, progress and self-reliance*, Federal Ministry of Health, Lagos, 30 p.
- FRANK O. ET MCNICOLL G., 1987, « An Interpretation of Fertility and Population Policy in Kenya », *Population & Development Review*, vol. 13 (2), pp. 209-243.
- FUTURES GROUP, 1988, *Matériaux pour la préparation de politiques nationales de population pour les pays africains*, vol. I & II, Projet Options, août 1988, 196 & 146 p.

⁷ Cet article, dont la version initiale a été présentée lors du séminaire d'Abidjan, a été publié, avec l'accord des éditeurs de l'ouvrage, sous une forme proche comme dossiers du CEPED n° 44 et a été synthétisé dans la Chronique du CEPED n° 18.

- GUBRY P., 1988, « Cameroun : D'un natalisme nuancé vers un antinatalisme modéré ? » *Cahiers de l'Orstom, série Sciences Humaines*, vol. 24 (2), pp. 185-198.
- JOHNSON S.P., 1987, *World population and the United Nations*, Cambridge University Press, Cambridge, 357 p.
- KOTOKOU K., 1994, « Les facteurs de l'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé », in Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou C.B. (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Collection Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris, pp. 251-266.
- KUMEKPOR T.K., BATSE C.K. ET TWUM-BARIMAH K., 1989, « Formulation, implementation and impact of population policy in Ghana », in *Developments in Family Planning Policies and Programmes in Africa*, RIPS, Legon, Ghana.
- LESTHAEGHE R. (éd.), 1989, *Reproduction and social organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press, 556 p.
- LOCOH T. ET HERTRICH V. (éds.), 1994, *The onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa*, Belgium, IUSSP, 308 p.
- LOCOH T., 1991, « La coopération internationale en population en Afrique sub-saharienne », *Cahiers du CIDEP*, n° 11, pp. 67-97.
- MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA COOPÉRATION, CONSEIL NATIONAL DE LA POPULATION, 1991, *Politique de population au Burkina-Faso*, Ouagadougou, juin 1991, 44 p.
- NATIONS UNIES, COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE, 1984, *Programme d'Action du Kilimanjaro concernant la Population Africaine et le Développement Autonome*, Arusha, République Unie de Tanzanie, 9-13 janvier 1984, 10 p.
- PISON G., HILL K., COHEN B. ET FOOTE K., 1995, *Population dynamics of Senegal*, National Research Council, National Academy Press, Washington, D.C., 254 p.
- RÉPUBLIQUE DU NIGER, 1991, *Déclaration de la Politique de Population*, Direction de la Statistique et de la Démographie, Niamey, mai 1991, 22 p.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA COOPÉRATION, DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, 1988, *Déclaration de la Politique de Population*, Dakar, avril 1988, 21 p.

- SALA-DIAKANDA D.M., 1991, « De l'émergence de politiques de population en Afrique », *Politique africaine*, décembre 1991, n° 44, Karthala, Paris, pp. 37-50.
- UNITED NATIONS, 1979, *World population trends and policies, 1977 Monitoring report*, vol. II, New York, 140 p.
- UNITED NATIONS, 1986, *World population prospects, Estimates and projections as assessed in 1984*, Population studies, n° 98, New York, 330 p.
- UNITED NATIONS, 1992, *World population monitoring, 1991*, Population studies, n° 126, New York, 241 p.
- UNITED NATIONS, 1993, *Population Policies and Programmes, Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Population Policies and Programmes*, Cairo, Egypt, Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, april 1992, 267 p.
- VAN DE WALLE E., FOSTER A., 1990, *Fertility decline in Africa : Assessment and prospects*, World Bank Technical Paper, n° 125, Africa Technical Department Series, Washington, 63 p.
- ZANOU C.B., 1994, « Vers une politique de population en Côte-d'Ivoire. Une réponse aux conséquences sociales de la croissance démographique et de la crise économique », in Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou C.B. (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Collection Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris, pp. 369-379.

CHAPITRE 11

TABLEAU ANNEXE. DATES DES EMF/RECENSEMENTS & EDS PAR
PAYS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Pays	EMF/RCT	EDS I	EDS II	EDS III
Bostwana	1984	1988		
Burkina	1985	1993		
Burundi		1987		
Cameroun	1978		1991	
Centrafrique	1988			1994/95
Côte d'Ivoire	1980/81			1994
Ghana	1979/80	1988		1993
Guinée		1992		
Kenya	1977/78	1989		1993
Libéria		1986		
Madagascar		1992		
Malawi		1992		
Mali		1987		
Namibie		1992		
Niger		1992		
Nigéria	1981/82		1990	
Ouganda		1988/89		
Rwanda	1983		1992	
Sénégal	1978	1986	1992/93	
Soudan	1979	1989/90		
Tanzanie	1973		1991/92	
Togo		1988		
Zambie		1992		
Zimbabwe		1988		1994

CONCLUSION

VERS UNE NOUVELLE CONCEPTION DES RELATIONS POPULATION – DÉVELOPPEMENT SUR LE CONTINENT AFRICAIN

L'évolution de la fécondité des différents pays africains présentés dans cet ouvrage met en évidence l'existence de deux types de politiques. Les premières sont élaborées puis mises en œuvre en tant qu'éléments associés aux politiques de développement, comme on peut le vérifier, dès leur indépendance, dans les pays pionniers en la matière sur le continent que sont la Tunisie, le Kenya et le Ghana. Les secondes sont le produit direct des crises et récessions économiques, qu'elles soient élaborées de manière relativement endogène comme une réponse au décalage entre la croissance de l'économie et celle de la population, ainsi qu'en Algérie, où qu'elles se trouvent essentiellement suscitées de l'extérieur, en tant que partie obligée de programmes d'ajustement structurel visant à réduire le budget de l'État, comme on a pu l'observer dans beaucoup de pays de l'Afrique subsaharienne francophone. Cette dichotomie ne considère évidemment pas les pays qui, à un moment de leur évolution, n'ont pu, pour cause de guerres ou de conflits internes, mettre en œuvre des politiques ou développer celles qu'ils avaient esquissées (Congo, Érythrée, Liberia, Rwanda...).

Si les politiques de fécondité sont d'origine différente, leur liaison temporelle et leur articulation avec les transitions de la fécondité sont également diverses, et l'on peut, là aussi, distinguer quelques grandes catégories. Dans le premier cas, où l'efficacité des politiques apparaît démontrée, les programmes publics de planification familiale suscitent une progression de l'utilisation des moyens modernes de contraception qui se révèle être l'un des facteurs majeurs de la baisse de la fécondité. Les pays pionniers en matière de politique de fécondité se situent dans cette perspective, même si l'on peut percevoir des différences significatives entre leurs expériences. La

CONCLUSION

Tunisie se signale par la baisse de la fécondité la plus rapide, dans la mesure où l'effet du recul de l'âge au premier mariage est associé à celui de programmes de planification familiale efficaces, dans un pays où la transformation du rôle de la femme dans la société, notamment liée à l'amélioration de la scolarisation féminine, joue un rôle important dans l'émergence précoce d'attitudes favorables au contrôle de la reproduction démographique. Au Kenya, la transition est plus lente à se dessiner, après une période d'augmentation significative de la fécondité sous l'effet de l'amélioration des conditions sanitaires de la reproduction. L'efficacité moindre des programmes de planification familiale dans la première phase de leur mise en œuvre et des conditions économiques et culturelles moins favorables à la baisse de la fécondité dans les deux décennies ayant suivi l'indépendance du pays sont des facteurs importants de ce décalage. La transition de la fécondité est encore plus incertaine à se dessiner au Ghana, autre pays pionnier, associant une première phase de baisse durant les années 1970, vite interrompue, à une diminution récente qui semble plus durable. Dans l'expérience ghanéenne, l'impact actuel de l'implantation des programmes de planification familiale dans la croissance de l'utilisation de la contraception moderne se conjugue avec l'effet de la récession économique sur la volonté des couples de diminuer la taille de leur descendance. Dans ce cas, la récession accélère l'émergence d'une aspiration à un contrôle des naissances qui ne peut réellement s'exprimer que lorsque les services de planification familiale fonctionnent avec efficacité, c'est-à-dire en période de redémarrage économique ; la dialectique récession – reprise économique dans l'amorce de la transition de la fécondité est ici décisive.

Cette dialectique a également les plus grandes chances d'être déterminante dans les pays où le début de la transition de la fécondité précède la mise en place effective d'une politique. Dans ce cas, les crises conjoncturelles et les récessions plus durables dans l'ordre économique, ainsi que les déséquilibres sociaux et les remises en causes idéologiques qu'elles suscitent, constituent souvent l'effet déclencheur d'une baisse initiale, survenue depuis les années 1980 dans maints pays d'Afrique subsaharienne, francophones tout particulièrement. Mais cette baisse aura besoin demain, pour se généraliser à tous les groupes de la population, de s'appuyer sur une mise en place effective de programmes de planification familiale dans le cadre de ces politiques démographiques nouvellement élaborées et sur un développement social beaucoup plus ample caractérisé par des

progrès dans la scolarisation, l'état de santé, l'autonomie de la femme...

Comme on le constate à travers la plupart des exemples présentés dans cet ouvrage, de l'adoption d'une politique démographique en matière de fécondité à la mise en œuvre de programmes de planification familiale, il existe souvent un décalage qui peut prendre plusieurs années, celles qui séparent les discours gouvernementaux de leur traduction en actes effectifs de la puissance publique. De même, du développement de ces mêmes programmes de planification au progrès de la prévalence contraceptive puis à la baisse réelle de la fécondité, il existe un autre décalage qui mène de la constitution d'une offre de moyens de contrôle des naissances et la formalisation d'une demande réelle des populations à l'adéquation de l'offre de produits contraceptifs à cette demande.

Ainsi, d'une histoire démographique à l'autre, les chapitres de cet ouvrage apportent une vision composite de l'évolution des politiques et programmes de fécondité et de leur influence sur le début de la transition en Afrique. La somme et la complémentarité des analyses produites ici révèlent une situation complexe, caractérisée par la diversité des expériences des pays africains, où les échecs sont à ce jour plus nombreux que les succès, où les politiques réussies se comptent sur les doigts de la main, mais où les processus de baisse sont quasiment partout amorcés. Elles indiquent également que les transformations à l'œuvre sont encore largement en devenir, car de nombreux pays ne se trouvent qu'au début d'une évolution qui les conduira à une faible fécondité et à une croissance démographique maîtrisée. Cependant, d'ores et déjà deux éléments donnent tout leur sens aux transformations récentes : leur rapidité d'une part, la nouvelle conception des relations entre croissance de la population et développement qu'elles expriment d'autre part.

Considérons tout d'abord la rapidité des évolutions politiques. Deux décennies seulement séparent l'affirmation selon laquelle le développement socio-économique est le meilleur contraceptif, qui traduisait la position des pays du Tiers monde, conduit par l'Algérie, en 1974 lors de la conférence de Bucarest, de la « Déclaration de Dakar/N'gor sur la population, la famille et le développement durable », entérinée par les Chefs d'État en juin 1994 à Tunis,

CONCLUSION

affirmant la nécessité d'une intégration des programmes de population dans les stratégies de développement et d'une réduction de la croissance naturelle de la population à 2 % en l'an 2010.

Cette durée de vingt années peut paraître longue à des spécialistes qui suivent les évolutions à la loupe et quasi quotidiennement, mais elle se révèle en fait relativement brève si l'on veut bien considérer que cette période recouvre un changement de politique économique, sociale et culturelle, et qu'elle correspond à une modification des conceptions relatives à la place de la femme et de l'enfant dans la société et la famille, et à un changement radical accordant à l'État le droit d'influer sur la vie reproductive des individus et des groupes sociaux.

Bien entendu cette transformation se situe dans le cadre d'une évolution mondiale, commencée plus tôt, où les pays phares du Tiers monde, la Chine, l'Inde, le Mexique... se sont engagés dans la voie des politiques démographiques et des programmes de réduction de la fécondité, avec quelquefois tant de résolution qu'ils en sont arrivés à oublier les droits de l'homme en appliquant des mesures drastiques de coercition pour empêcher les couples de concevoir. Mais cette évolution nous paraît avoir un sens particulier en Afrique, compte tenu de l'importance accordée à la descendance nombreuse dans le domaine économique, social et même religieux, et du faible rôle dont les puissances publiques étaient dotées dans cette région du monde, tradition qui a perduré malgré la création de jeunes États nés de l'Indépendance. Sa rapidité n'en a donc ici que plus de sens.

Au-delà de sa brièveté, cette évolution est remarquable car elle traduit une nouvelle conception des relations entre croissance démographique et développement. En effet, à partir d'une position initiale où la croissance démographique rapide n'est pas un frein pour le développement, et se trouve même considérée comme un atout par certains pays africains se jugeant trop faiblement peuplés, et où la baisse de la fécondité devrait être induite par le développement, les gouvernements parviennent à une conception où la diminution de la croissance de la population devient un élément nécessaire à l'acquisition d'un certain niveau de développement. Cette nouvelle conception recouvre une « endogénéisation » de la croissance démographique au développement économique et social, dont l'effet va être ressenti dans le contenu des politiques démographiques.

Cette conception d'une croissance démographique endogène au développement a été en effet importante dans l'élaboration puis la décision de mise en œuvre des politiques de fécondité. Plus encore, elle se révèle aujourd'hui décisive dans l'évaluation actuelle de ce que doit être la nature véritable de ces politiques de fécondité et elle sera l'élément déterminant des futurs programmes. En effet, à la conception d'une politique de fécondité autonome ayant pour objectif d'influer sur une variable prise isolément, qui a marqué beaucoup de programmes dans les autres continents en développement, en Asie et en Amérique latine, et les premiers programmes de planification familiale développés en Afrique, succède peu à peu celle de programmes de planification familiale intégrés à un ensemble de projets de développement, dans le domaine sanitaire et social notamment. Plus encore, s'impose l'idée de l'importance des mesures ne touchant pas directement à l'acte reproducteur lui-même mais concernant plus largement des facteurs favorisant la réduction de la fécondité : la baisse de la mortalité, la scolarisation des filles, l'autonomie des décisions féminines dans tous les domaines de la vie...

Cette appréhension large des « politiques de fécondité » correspond à des recommandations fortes et convergentes contenues dans cet ouvrage : intégration souhaitable des programmes de planification familiale dans une politique globale de développement et de lutte contre la pauvreté, prônée par M. W. Bangha ; nécessité pour les politiques de maîtrise de la fécondité d'être accompagnées de politiques de développement socio-économique et de politiques d'amélioration des conditions sanitaires des femmes et des enfants, défendue par M. Rwenge ; inscription des programmes de planification familiale dans des politiques de développement social orientées vers la santé, la scolarisation et la condition féminine, recommandée par T. Locoh et Y. Makdessi.

Voilà autant de préoccupations en faveur de cette conception élargie qui est d'une certaine manière un retour aux sources, puisqu'elle considère la baisse de la fécondité comme le résultat du développement ; cependant les considérations actuelles dépassent cet aspect des choses. En effet, la baisse de la fécondité n'est plus appréhendée aujourd'hui comme la conséquence et le produit *in fine* d'un processus de développement, obtenue une fois atteint un certain niveau de progrès socio-économique, mais comme un objectif, posé

CONCLUSION

dès l'origine, d'un ensemble de programmes de développement dont la population est l'objet central.

A travers cette nouvelle place accordée aux politiques de fécondité dans les politiques de développement, on constate combien c'est la conception du développement lui-même qui a changé, envisagé aujourd'hui comme un progrès social et humain compris dans son acception la plus large, et non plus comme une simple croissance économique.

Patrice Vimard

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE , <i>Maria-Eugenia COSIO-ZAVALA</i>	v
INTRODUCTION , <i>Patrice VIMARD</i>	1
 PREMIÈRE PARTIE : DES POLITIQUES DE FÉCONDITÉ À LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE	
 CHAPITRE 1. LA POSITION DES GOUVERNEMENTS AFRICAINS VIS-À-VIS DES POLITIQUES DÉMOGRAPHIQUES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ , <i>Daniel SALA-DIAKANDA</i>	
	13
Introduction	13
De Bucarest à Mexico : d'un discours nataliste à un désir plus grand de maîtriser la fécondité	15
De Mexico au Caire : maturation d'une approche globale et intégrée des questions de population et de développement	22
Les Églises et la planification familiale : des attitudes différenciées	31
Conclusion : pour une réorientation des politiques de population et autres stratégies de développement	35

**CHAPITRE 2. LA PLANIFICATION FAMILIALE
DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT, AVEC UNE
ATTENTION PARTICULIÈRE À L'AFRIQUE,**
Martin W. BANGHA 47

Panorama général de la croissance naturelle en guise
d'introduction 47

Connaissance et pratique de la planification familiale 50

Les facteurs de la pratique de la planification familiale 57

Le lien entre fécondité et planification familiale 62

Conclusion 66

**CHAPITRE 3. PLANIFICATION FAMILIALE ET
FACTEURS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE
AU KENYA ET EN OUGANDA,** *Israël SEMBAJWE* 73

Introduction 73

Politique de population et programme de planification
familiale 74

Les facteurs de l'utilisation des méthodes de contraception 78

Conclusion 87

**CHAPITRE 4. LES EFFETS DES PROGRAMMES DE
PLANIFICATION FAMILIALE SUR LA PRÉVA-
LENCE CONTRACEPTIVE AU TOGO (1988-94),**
Kuakvi GBENYON et Dosseh TÊTTÊKPOE 91

Introduction 91

Les performances des programmes 93

Forces et faiblesses des programmes de planification
familiale 97

Les composantes spécifiques des programmes 101

Pour l'amélioration des programmes de planification familiale	103
Conclusion	106

CHAPITRE 5. UNE EXPÉRIENCE PILOTE DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA RÉGION D'ABOISSO, KOFFI N'Guessan, Lazare SIKI et Amoakon ANOH 111

Introduction	111
Le programme d'Aboisso	113
Un contexte socio-culturel encore pro-nataliste	116
Les besoins en matière de régulation des naissances	120
Les conditions d'utilisation de la contraception moderne	122
Conclusion	129

DEUXIÈME PARTIE : DU DÉVELOPPEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE À LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ

CHAPITRE 6. TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ ET PRATIQUE CONTRACEPTIVE EN AFRIQUE ANGLOPHONE, Gora MBOUP 133

Introduction	133
La fécondité en Afrique anglophone	135
Les caractéristiques de la transition de la fécondité	149
Synthèse et perspectives	157
Conclusion	164

**CHAPITRE 7. PLANIFICATION FAMILIALE ET
FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE
FRANCOPHONE, *Mburano RWENGE* 171**

Introduction 171

Pratique contraceptive et fécondité dans les pays
francophones d'Afrique subsaharienne 172

Comment mieux orienter les programmes de planification
familiale dans les pays francophones d'Afrique
subsaharienne ? 184

Conclusion 186

**CHAPITRE 8. ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ ET
PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO,
Jean-François S. KOBIANE 189**

Les sources de données 190

L'évolution de la fécondité depuis 1960 192

La planification familiale au Burkina Faso 205

Les perspectives 208

Conclusion 210

**CHAPITRE 9. LA FÉCONDITÉ EN MILIEU RURAL
SÉNÉGALAIS : À QUAND LA TRANSITION ?,
Valérie DELAUNAY 215**

Introduction 215

Niveaux et tendances de la fécondité au Sénégal 217

Le contexte social et économique de Niakhar 219

L'évolution de la fécondité à Niakhar 221

Discussion 236

TROISIÈME PARTIE : DES POLITIQUES
DÉMOGRAPHIQUES AUX TRANSITIONS DE LA
FÉCONDITÉ

**CHAPITRE 10. CHANGEMENT SOCIAL, POLITIQUE
DE POPULATION ET TRANSITION DÉMOGRAPHI-
QUE DANS LES PAYS DU MAGHREB, *Tamany SAFIR* 243**

Introduction	243
Progrès de la prévalence contraceptive et baisse de la fécondité au Maghreb	244
Les expériences nationales en matière de population	247
Conclusion	260

**CHAPITRE 11. POLITIQUES DE POPULATION ET
BAISSE DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE
SUBSAHARIENNE, *Thérèse LOCOH et Yara MAKDESSI* 263**

Les conférences mondiales de population, des balises sur un long chemin	264
Des politiques de maîtrise de la fécondité et de leur mise en œuvre : quelques « itinéraires » africains	268
Les artisans de l'adoption des politiques de population	274
Des fécondités encore élevées... mais les prémices d'une baisse	278
Une évolution plus rapide que prévue ?	283
Des politiques de maîtrise de la fécondité, pour quoi faire ?	289
Vue d'ensemble	292

**CONCLUSION. VERS UNE NOUVELLE CONCEPTION
DES RELATIONS POPULATION – DÉVELOPPEMENT
SUR LE CONTINENT AFRICAÏN, *Patrice VIMARD* 297**

Collection Études Africaines

Dernières parutions

Yao ASSOGBA, *Jean-Marc Ela, Le Sociologue et théologien africain en boubou.*

Oméga BAYONNE, Jean-Claude MAKIMOUNAT-NGOUALA, *Congo-Brazzaville : diagnostic et stratégies pour la création de valeur.*

Albert LE ROUVREUR, *Une oasis au Niger.*

Samuel EBOUA, *Interrogations sur l'Afrique noire.*

Constant VANDEN BERGHEN et Adrien MANGA, *Une introduction à un voyage en Casamance.*

Jean-Pierre YETNA, *Langues, média, communautés rurales au Cameroun.*

Pierre Flambeau N'GAYAP, *L'opposition au Cameroun.*

Myriam ROGER-PETITJEAN, *Soins et nutrition des enfants en milieu urbain africain.*

Pierre ERNY, *Ecoliers d'hier en Afrique Centrale.*

Françoise PUGET, *Femmes peules du Burkina Faso.*

Philippe BOCQUIER et Tiéman DIARRA (Sous la direction de), *Population et société au Mali.*

Abdou LATIF COULIBALY, *Le Sénégal à l'épreuve de la démocratie, 1999.*

Joachim OELSNER, *Le tour du Cameroun, 1999.*

Jean-Baptiste N. WAGO, *L'économie centrafricaine, 1999.*

Aude MEUNIER, *Le système de soins au Burkina Faso, 1999.*

Collection *Études Africaines*

Anne LUXEREAU, Bernard ROUSSEL, *Changements écologiques et sociaux au Niger.*

Grégoire NDAKI, *Crises, mutations et conflits politiques au Congo-Brazzaville.*

Fabienne GUIMONT, *Les étudiants africains en France (1950-1965).*

Fidèle-Pierre NZE-NGUEMA, *L'Etat au Gabon de 1929 à 1990.*

Roger SOME, *Art africain et esthétique occidentale.*

Blaise BAYILI, *Religion, droit et pouvoir au Burkina Faso.*

Derlemari NERBADOUM, *Le labyrinthe de l'instabilité politique au Tchad.*

Rémi LEROUX, *Le réveil de Djibouti 1968-1977.*

Marcel BOURDETTE DONON, *Tchad 1998.*

Jean-Claude P. QUENUM, *Interactions des systèmes éducatifs traditionnels et modernes.*

Annie CHÉNEAU-LOQUAY, Pierre MATARASSO, *Approche du développement durable en milieu rural africain.*

Pierre SAULNIER, *Le Centrafrique entre mythe et réalité.*

Constant D. BEUGRE, *La motivation au travail des cadres africains.*

Emmanuel AMOUGOU, *Afro-métropolitaines, Emancipation ou domination masculine ?*

Denis ROPA, *L'Ouganda de Yoweri Museveni.*

Louis NGOMO OKITEMBO, *L'engagement politique de l'Eglise catholique au Zaïre 1960-1992.*

André FOFANA, *Afrique Noire. Les enjeux d'un nouveau départ.*

Louis SANGARE, *Les fondements économiques d'un Etat confédéral en Afrique de l'Ouest.*

Elisabeth BOESEN, Christine HARDUNG, Richard KUBA (dir), *Le Borgou - regards sur une région ouest-africaine.*

Pierre PIGEON, *Les activités informelles en République centrafricaine.*

Josias SEMUJANGA, *Récits fondateurs de drame rwandais.*

Moussa DIAW, *La politique étrangère de la Mauritanie.*

Michel DELNEUF, Joseph-Marie ESSOMBA et Alain FROMENT, *Paléo-anthropologie en Afrique centrale, Un bilan de l'archéologie au Cameroun.*

W.H. Paul William AHUI, *Eglise du Christ. Mission Harriste, éléments théologiques du Harrisme Paulinien.*

Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique

Cet ouvrage marque une étape importante dans notre connaissance des dynamiques de population en Afrique, en étudiant l'effet des politiques et programmes démographiques sur la baisse actuelle de la fécondité. Articulant des approches générales et des analyses de quelques pays ou régions spécifiques, il tire les enseignements des différentes expériences pour montrer ce qu'elles introduisent d'original dans les modèles de transition démographique. Il nous permet de mieux comprendre le rôle des différents acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, et la place des variables institutionnelles parmi les facteurs de l'évolution de la natalité sur le continent africain. Cet ouvrage nous fournit enfin des éléments pour décrypter la manière dont les politiques actuelles révèlent la formalisation d'une conception complexe du développement, appréhendé, par delà la stricte croissance économique, dans l'ensemble de ses dimensions humaines et sociales.



Patrice VIMARD, démographe, directeur de recherche à l'IRD, conduit des recherches sur les dynamiques démographiques et familiales en Afrique dans une perspective comparative. Il est actuellement responsable de l'équipe « Transition de la fécondité et santé de la reproduction » et directeur du Laboratoire Population – Environnement.



Benjamin ZANOU, statisticien et démographe, est spécialiste des migrations et de l'urbanisation. Il est actuellement enseignant-chercheur et responsable de la recherche à l'École Nationale de Statistique et d'Économie Appliquée d'Abidjan, et travaille sur les questions de santé des populations en Côte d'Ivoire.



9 782738 486493

ISBN : 2-7384-8649-5