

Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne

PATRICE VIMARD, RAÏMI FASSASSI ET ÉDOUARD TALNAN

La pluralité des formes et des conditions de la transition démographique, établie pour les populations européennes (Knodel et van de Walle, 1979), se trouve confirmée par l'évolution de la fécondité dans les pays en développement durant ces dernières décennies¹. Tout d'abord, le lien entre le progrès économique et social, et la baisse de la fécondité qui a caractérisé certains pays d'Asie du Sud-Est, ne se retrouve pas dans des pays pauvres ou en pleine crise économique (Bangladesh, Colombie...) ou dans certaines populations démunies d'Amérique latine. Ensuite, le contrôle de la nuptialité, par le retard de l'âge au mariage, facteur majeur de baisse de la fécondité au Maghreb, est absent des transitions des pays latino-américains (Cosío-Zavala, 2000). Puis, le rôle de la baisse de la mortalité comme élément initiateur de la diminution de la fécondité, mis en avant pour beaucoup de populations, semble plus incertain dans certains pays d'Afrique subsaharienne (Ghana, Côte d'Ivoire, ...) où la transition de la fécondité s'amorce, alors que la mortalité des enfants y est encore élevée et a

1. L'analyse présentée ici prolonge un travail soutenu par l'Agence universitaire de la francophonie (AUF) dans le cadre d'une Action de recherche concertée du Fonds francophone de la recherche sur « les transitions démographiques dans les pays du Sud ». Une version préliminaire a été présentée au XXIV^e Congrès général de la population (UIESP, Salvador, Brésil, 18-24 août 2001) et diffusée comme document de recherche du Laboratoire Population-Environnement-Développement, dans la série « Santé de la reproduction, fécondité et développement ». Les auteurs remercient vivement Dominique Tabutin pour ses remarques constructives sur la version antérieure du texte.

tendance à stagner, voire à augmenter dans certaines régions ou à certains âges (Mboup, 2000 ; N'Cho *et al.*, 1995). Enfin, l'effet des programmes nationaux de planification familiale, important en Asie (Casterline, 1994) et en Afrique de l'Est (Brass et Jolly, 1993), est plus ténu au Brésil (Martine, 1996) et plus encore dans certaines capitales ouest-africaines.

Comme on le constate à travers ces quelques éléments, les conditions du début de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, participant d'une transition démographique elle-même diverse par son calendrier et ses déterminants (Tabutin, 1997), contribuent largement à enrichir le débat sur les facteurs de la transition de la fécondité. Dans ce chapitre, on présentera tout d'abord un panorama général de la baisse, avant de détailler la situation de quelques pays représentatifs des évolutions en cours. Sur ce dernier point, nous affinerons notre analyse par une comparaison de la transition de la fécondité en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya et en Zambie qui apparaissent, à bien des égards, comme des pays représentatifs de la diversité des transformations démographiques actuelles. Les pays choisis, qui connaissent une baisse de leur fécondité, plus ou moins sensible, sont en effet révélateurs des différences de fécondité et de prévalence contraceptive, comme des relations entre les niveaux de ces deux indicateurs qui traversent le sous-continent. À travers ces analyses, nous nous interrogerons sur la généralité de la baisse de la fécondité à l'échelle du sous-continent, la nature des facteurs de cette baisse, leurs distinctions selon les pays, et sur les liens qu'entretient cette diminution avec les politiques de population et la crise économique.

L'émergence résistible d'une transition de la fécondité en Afrique subsaharienne

Pendant longtemps, la fécondité est demeurée forte dans la majorité des populations d'Afrique subsaharienne, mais la baisse est aujourd'hui amorcée, de manière inégale cependant. Pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les dernières estimations des Nations unies situent l'indice synthétique de fécondité

à 5,38 enfants par femme en 2000-2005, contre 6,79 en 1960-65, période de la plus forte fécondité, soit une baisse de 1,4 enfants en quarante ans. Si l'on considère l'Afrique subsaharienne par ensembles régionaux durant ces quatre dernières décennies, la baisse a été forte en Afrique australe (-3,7 enfants), plus faible en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest (-1,4 enfant) et la fécondité a légèrement augmenté en Afrique centrale (+0,2 enfant), (Nations unies, 2003).

Les résultats des enquêtes les plus récentes, notamment ceux fournis par la série des enquêtes démographiques et de santé (EDS), confirment la diminution significative des indices de fécondité dans beaucoup de pays. Certaines études ont discuté la signification statistique des résultats des premières EDS dans les pays où la baisse fut initialement appréhendée (Botswana, Kenya et Zimbabwe), en traitant de la représentativité des échantillons et des éventuelles erreurs dans la détermination des dates de naissance des enfants nés avant ou après les cinq années précédant l'enquête, utilisées dans le calcul de l'indice synthétique de fécondité (Thomas et Muvandi, 1994 ; Blanc et Rutstein, 1994). Aujourd'hui, la baisse se trouve confirmée par les résultats des deuxième et troisième phases des EDS, quels que soient les indices utilisés (indices synthétiques de fécondité, descendance cumulée, moyennes par âge, taux de fécondité par âge dans les différents groupes de générations), comme par les résultats de recensements ou d'études régionales (Vimard et Zanou, 2000).

Si la diminution de la fécondité est manifeste, elle demeure très inégale, et quelques pays restent encore à l'écart de ce mouvement (tableau 1). La baisse est supérieure à 2, voire 3 enfants lors des deux ou trois dernières décennies, dans plusieurs pays où elle peut être mesurée. La diminution la plus nette est dans certains pays d'Afrique de l'Est et australe, déjà cités, Botswana, Kenya, Zimbabwe et dans la population noire d'Afrique du Sud. La baisse est plus modeste mais réelle dans d'autres pays de cette partie du continent : Érythrée, Malawi, Rwanda, Tanzanie et Zambie. On note également une diminution de la fécondité en Afrique centrale, au Cameroun, au Gabon et en République centrafricaine, qui succède à une phase antérieure de remontée de la fécondité

consécutives à la lutte contre la stérilité qui frappait cette région. La baisse est également sensible dans des pays de l'Afrique de l'Ouest auparavant marqués par une forte natalité : Côte d'Ivoire, Ghana et Sénégal, voire Bénin et Togo. Outre les baisses enregistrées à l'échelle nationale, ayant fait l'objet de nombreuses analyses, des diminutions importantes peuvent être notées dans beaucoup de grandes villes du sous-continent (Bongaarts et Watkins, 1996 ; Caldwell *et al.*, 1992 ; Caldwell et Caldwell, 1993 ; Cleland *et al.*, 1994 ; Foote *et al.*, 1996 ; Locoh et Hertrich, 1994 ; Tabutin, 1997).

Cependant, quelques pays se caractérisent par une relative stabilité, avec une diminution souvent inférieure à 0,5 enfant au cours des vingt ou trente dernières années : Burkina Faso, Guinée, Madagascar, Mali, Nigeria et Ouganda. On note enfin une légère augmentation au Niger, ainsi qu'au Burundi et au Libéria où les dernières données sont anciennes, en raison des conflits qui touchent ces pays. Ces pays révèlent une résistance à un mouvement de baisse dont la généralisation à l'ensemble du sous-continent est loin d'être atteinte. En outre, si la transition est engagée dans une majorité de pays, la fécondité demeure encore forte. Sur les 29 pays dont les données datent de moins de dix ans, 7 ont une fécondité supérieure ou égale à 6 enfants, 14 ont une fécondité comprise entre 5 et 5,9 enfants et la fécondité est inférieure à 5 enfants pour seulement 8 pays (Afrique du Sud, Érythrée, Gabon, Ghana, Kenya, Mauritanie, Namibie et Zimbabwe).

Cette première phase de baisse de la fécondité est concomitante d'une progression de la contraception, qui demeure cependant encore modeste (tableau 2). Dans notre échantillon de 32 pays, seulement 12 pays ont une prévalence contraceptive totale supérieure à 20 %, dont 8 où elle est supérieure à 30 %. La prévalence de la contraception moderne est supérieure à 20 % pour 7 pays, dont 5 où elle est supérieure à 30 %. Dans cet échantillon, l'indice synthétique de fécondité est corrélé à la prévalence contraceptive totale et moderne (figures 1 et 2). Mais la corrélation (R^2 respectivement de 0,43 et 0,40) est nettement plus faible que ce qui peut être observé pour un ensemble de pays se

situant à toutes les phases de la baisse de la fécondité². En effet, la corrélation est nettement plus forte (R^2 de 0,87) pour un panel de 25 pays en développement ayant une dispersion des indices synthétiques de fécondité comprise entre 2,5 et 7,5 enfants par femme et une prévalence contraceptive comprise entre 5 % et 65 % (Rutenberg *et al.*, 1991).

Cela se comprend si l'on observe que la relation entre la fécondité et la contraception est surtout significative lorsque cette dernière concerne au moins 10 % des femmes. En effet, une part significative des pays d'Afrique subsaharienne ne sont pas encore arrivés à ce stade : 12 pays sur 32, soit 38 %, ont une contraception inférieure à 10 % (contre 4 pays, soit 16 % dans l'échantillon précédemment cité). Même au delà de ce niveau de pratique, le lien entre baisse de la fécondité et niveau de contraception n'est pas automatique. Dans certains pays, l'évolution de la fécondité est peu liée à celle de la contraception et se trouve dépendante d'autres facteurs : il en est ainsi de pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo, Sénégal...), souvent situés en Afrique de l'Ouest, dont la fécondité est inférieure à 6, voire 5,5 enfants, après une baisse de 1 à 2 enfants par femme, alors que la contraception concerne moins de 20 % des femmes.

À l'inverse, d'autres pays, comme le Malawi, l'Ouganda, la Zambie connaissent une prévalence contraceptive forte, supérieure à 20 %, sans que cela ne conduise à une diminution importante de la fécondité, proche de 6 à 7 enfants par femme. Considérer quelques pays caractéristiques d'Afrique de l'Est et australe d'une part et d'Afrique de l'Ouest d'autre part, va nous permettre de préciser ces modalités du début de la baisse de la fécondité.

La baisse de la fécondité dans les pays pionniers de la transition

Le début de la baisse de la fécondité dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, où elle a été la plus précoce et la plus nette durant ces dernières années

2. Une analyse prenant les régions des pays d'Afrique subsaharienne comme unité d'observation fournit une corrélation plus forte (0,56) entre l'ISF et la contraception moderne, que notre analyse menée sur une base nationale (Tabutin et Schoumaker, 2001).

Tableau 1. Évolution de l'indice synthétique de fécondité en Afrique subsaharienne

Pays (années d'enquête)	avant 1985a	EDS-I 1986-90	EDS-II 1990-94	EDS-III 1994-99	EDS 1999-2002
Afrique australe					
Afrique du Sud (1970, 1987-89, 1998)	5,8 ^b	4,6 ^b		2,9	
Botswana (1984, 1988)	6,5	4,9			
Namibie (1992, 2000)			5,4		4,2
Afrique de l'Est					
Burundi (1970-71, 1987)	5,9	6,8			
Comores (1996)				5,1	
Érythrée (1995, 2002)				6,1	4,8
Éthiopie (1990, 2000)			6,4 [*]		5,9
Kenya (1978-79, 1989, 1993, 1998)	8,1	6,7	5,4	4,7	
Madagascar (1975, 1992, 1997)	6,4		6,1	6,0	
Malawi (1982, 1992, 2000)	7,6		6,7		6,3
Mozambique (1970, 1997)	6,9			5,6	
Ouganda (1969, 1988-89, 1995, 2000-01)	7,1	7,4		6,9	6,9
Rwanda (1983, 1992, 2000)	8,5		6,2		5,8
Tanzanie (1978, 1991-92, 1996, 1999)	6,9		6,3	5,8	5,5 [*]
Zambie (1980, 1992, 1996, 2001-02)	7,4		6,5	6,1	5,9
Zimbabwe (1984, 1988-89, 1994, 1999)	6,5	5,5	4,3	4,0	
Afrique centrale					
Cameroun (1978, 1991, 1998)	6,4		5,8	5,2	
Gabon (1993, 2000)			5,2 [*]		4,3
RCA (1975, 1994-95)	5,7			5,1	
Tchad (1996-97)				6,6	
Afrique de l'Ouest					
Bénin (1982, 1996, 2001)	7,1			6,3	5,6
Burkina Faso (1985, 1993, 1998-99)	7,2		6,9	6,8	
Côte d'Ivoire (1980-81, 1994, 1998-99)	7,2		5,7	5,2	
Ghana (1979-80, 1988, 1993, 1998)	6,5	6,4	5,5	4,5	
Guinée (1983, 1992, 1999)	5,8		5,7	5,5	
Liberia (1974, 1986)	6,2	6,7			
Mali (1960-61, 1987, 1995-96, 2001)	7,4	6,9		6,7	6,8
Mauritanie (1981, 1990-91, 2000-01)	6,2		6,5 [*]		4,7
Niger (1977, 1992, 1998)	7,0		7,4	7,5	
Nigeria (1981-82, 1990, 1999)	6,3		6,3	5,2	
Sénégal (1978, 1986, 1992-93, 1997)	7,2	6,6	6,0	5,7	
Togo (1971, 1988, 1998)	6,6	6,6		5,4	

Source : Locoh et Makdessi, 2000 et Rwenge, 2000, complété par les auteurs, d'après les rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé, sauf* : autres enquêtes. a. Recensement : Burkina Faso, RCA, Liberia, Madagascar, Mozambique, Ouganda, Swaziland, Zambie ; enquête post-censitaire : Togo ; Enquête du programme EMF : Kenya, Ghana, Mauritanie, Nigeria, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal ; Enquêtes sur la santé familiale : Botswana ; Enquête démographique nationale : Malawi, Rwanda, Mali ; Enquêtes sur la santé reproductive : Zimbabwe ; Enquête nationale démographique à passages répétés : Burundi ; Source des données et méthode de calcul non indiquées : Afrique du Sud (Chimere-Dan, 1993). b. Population « noire » seulement ; l'ISF de la population noire est de 3,1 en 1998.

Tableau 2. Prévalence contraceptive selon le type de méthodes en Afrique subsaharienne

Pays (années d'enquête)	Prévalence contraceptive		
	Contraception moderne (en %)	Contraception naturelle (en %)	Contraception totale (en %)
Afrique australe			
Afrique du Sud (1998)	55,1	0,9	56,3
Botswana (1988)	31,7	0,5	32,5
Namibie (2000)	42,6	0,3	43,7
Afrique de l'Est			
Burundi (1987)	1,2	5,5	6,7
Comores (1996)	11,4	8,7	21,0
Érythrée (2002)	5,1	2,9	8,0
Éthiopie (2000)	6,3	1,7	8,1
Kenya (1978/1998)	31,5	6,7	39,0
Madagascar (1997)	9,7	9,5	19,4
Malawi (2000)	25,7	2,8	30,6
Mozambique (1997)	5,1	0,1	5,6
Ouganda (2000-01)	14,0	7,8	22,8
Rwanda (2000)	4,3	8,9	13,2
Tanzanie (1999)	16,9	5,7	23,5
Zambie (2001-02)	22,6	9,0	34,2
Zimbabwe (1999)	50,0	3,0	54,0
Afrique centrale			
Cameroun (1998)	7,1	11,2	19,3
Gabon (2000)	11,8	19,2	32,7
RCA (1994-95)	3,2	5,4	9,1
Tchad (1996-97)	1,2	2,5	4,1
Afrique de l'Ouest			
Bénin (2001)	6,8	11,6	18,6
Burkina Faso (1998-99)	4,8	4,8	9,6
Côte d'Ivoire (1998-99)	7,2	6,6	15,0
Ghana (1998)	13,3	8,1	22,0
Guinée (1999)	4,2	1,8	6,2
Liberia (1986)	5,5	0,7	6,4
Mali (2001)	5,7	1,8	8,1
Mauritanie (2000-01)	5,1	2,8	8,0
Niger (1998)	4,6	0,2	8,2
Nigeria (1999)	8,6	5,8	15,3
Sénégal (1997)	8,1	1,3	10,4
Togo (1998)	7,0	6,6	13,9

Source : Rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé.

a. Indices mesurés chez les femmes mariées lors de l'observation la plus récente. La contraception naturelle comprend le retrait et la continence périodique, quelle que soit la méthode utilisée par les individus pour déterminer la période féminine féconde. La contraception totale comprend l'ensemble des méthodes, modernes, naturelles et traditionnelles, dites encore populaire (à l'exception de l'abstinence post-partum et de l'abstinence prolongée, qui n'ont pas été considérées dans toutes les enquêtes).

(Botswana, Kenya et Zimbabwe), se distingue des expériences antérieures d'autres régions en développement. On note, dans ces pays, une quasi universalité de la diminution de la fécondité dans la première phase de la baisse : celle-ci atteint dans le même temps, tous les rangs de naissance, tous les groupes d'âges, l'ensemble des niveaux d'instruction et des milieux et régions de résidence³ (Brass et Jolly, 1993). Par exemple, en 1994 au Zimbabwe, après une première phase de transition, l'indice synthétique de fécondité est de 3,1 enfants par femme dans les villes et 4,8 en milieu rural, de 3,3 chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure, et de 5,2 chez les femmes analphabètes.

Ceci diffère de ce qui a pu être constaté en Amérique latine et en Asie où la diminution a atteint en priorité, dans un premier temps, les parités moyennes et les femmes de plus de 30 ans, pour s'étendre aux rangs supérieurs, puis aux rangs inférieurs ainsi qu'aux femmes plus jeunes, et n'a longtemps concerné que les villes et les couches instruites, avant de se diffuser plusieurs décennies après dans les campagnes et les couches pauvres et faiblement scolarisées (Cosio-Zavala, 2000).

Dans les pays africains pionniers de la transition démographique, cette baisse de la fécondité se fonde sur une contraception d'espacement, en grande partie basée sur une utilisation croissante de contraceptifs modernes, diffusés par des programmes publics de planification familiale développés dans le cadre de politiques de population datant des années 1960 et 1970 et renforcées dans les années 1980. Elle se base également sur un maintien relatif des effets inhibiteurs de l'allaitement et de l'abstinence durant la période post-partum. La contraception moderne vient ainsi peu à peu conforter les pratiques anciennes d'espacement adoptées pour la santé de la mère et de l'enfant (tableau 3). Cette pratique contraceptive concerne tous les groupes de la population, à des degrés divers mais toujours de manière notable. Au Zimbabwe, en 1999, 44 % des femmes rurales utilisent une contraception moderne (contre 62 % en milieu urbain), 41 % des femmes sans instruction font de même (contre 60 % pour

3. On peut estimer que la baisse de la fécondité avait touché certains groupes particuliers, urbanisés et instruits, de ces pays avant cette période, la baisse pouvant être située pour les milieux urbains de certains pays africains au milieu des années 1960 (Joseph et Garenne, 2001).

Tableau 3. Variables relatives à la régulation de la fécondité et au développement dans six pays africains à la fin de la décennie 1990

	Zambie (1996)	Kenya (1998)	Zimbabwe (1999)	Ghana (1998)	Côte d'Ivoire (1998-99)	Sénégal (1997)
ISF (1)	6,1	4,7	4,0	4,5	5,2	5,7
Contraception totale (2)	25,9	39,0	54,0	22,0	15,0	10,4
Contraception moderne (2)	14,4	31,5	50,0	13,3	7,2	8,1
1er mariage (3)	17,7	19,2	19,3	19,1	18,7	17,4
1re naissance (3)	18,6	19,4	19,9	20,3	19,0	19,8
1er Rapport sexuel (4)	16,4	16,7	18,8	17,6	16,1	17,5
Allaitement (5)	19,7	20,9	19,6	21,5	20,2	20,9
Aménorrhée (6)	11,5	8,9	12,4	10,9	10,6	13,2
Abstinence (6)	4,7	3,1	3,2	8,5	11,8	2,9
Insusceptibilité ¹ (6)	14,1	11,1	15,6	14,0	18,9	15,1
Intervalle intergénérisique (6)	31,9	32,9	39,9	38,2	35,5	33,0
Mortalité infanto-juvénile (7)	197	111	102	108	181	139
Espérance de vie (8)	33,4	46,4	35,4	57,5	41,7	52,3
Alphabétisation des adultes (9)	79,0	83,3	89,3	72,7	49,7	38,3
Taux brut de scolarisation (10)	45	52	59	46	39	38
PIB par habitant (11)	780	980	2280	2250	1490	1500
IDH (12)	0,386	0,489	0,496	0,567	0,396	0,430

Source : (1) à (7) Rapports EDS ; (8) à (12) : Rapport mondial sur le développement humain 2003 (PNUD et Economica, 2003).

(1) Indice synthétique de fécondité pour les femmes de 15 à 49 ans.

(2) Prévalence contraceptive pour les femmes en union (en %).

(3) Âge médian pour les femmes de 25 à 49 ans (en années).

(4) Âge médian pour les femmes de 20 à 49 ans (en années).

(5) Durée moyenne (en mois).

(6) Durée médiane (en mois).

(7) Quotient de mortalité avant 5 ans pour 1000 naissances, 0-4 ans précédant l'enquête.

(8) Espérance de vie à la naissance (en années), en 2001.

(9) Taux de scolarisation des adultes (% de la population de 15 ans et plus), en 2001.

(10) Taux brut de scolarisation combiné (du primaire au supérieur, en %), en 2000-2001.

(11) PIB par habitant (en parité de pouvoir d'achat), en 2001.

(12) Valeur de l'indicateur de développement humain, en 2001.

Note :

1. L'insusceptibilité correspond à la situation d'une femme qui n'est pas exposée au risque de grossesse, parce qu'elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance ou qu'elle est en aménorrhée post-partum.

Figure 1. Indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive totale pour 32 pays d'Afrique subsaharienne (enquête la plus récente)

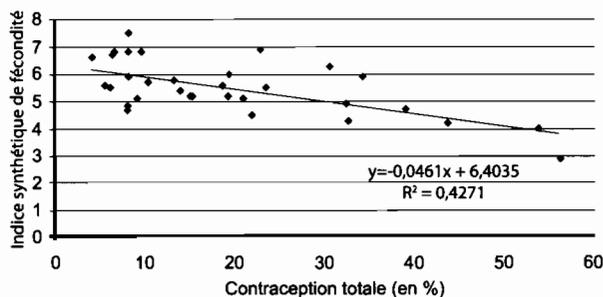
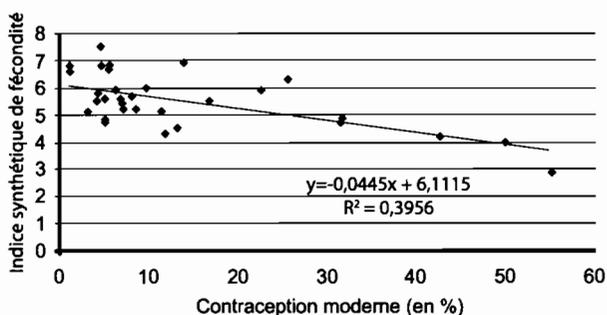


Figure 2. Indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive moderne pour 32 pays d'Afrique subsaharienne (enquête la plus récente)



les femmes d'instruction secondaire). Il en est de même au Kenya où, en 1998, 36 % des femmes rurales utilisent une contraception moderne (contre 50 % en milieu urbain) et 23 % des femmes sans instruction font de même (contre 57 % pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure).

En revanche, ce début de transition de la fécondité ne semble pas s'appuyer sur un recul de l'âge au premier mariage, qui n'est ni systématique ni très important dans les pays où la transition est la plus affirmée. Au Zimbabwe, en 1999, l'âge médian au premier mariage a augmenté de moins d'un an entre les générations âgées de 45-49 ans et celles âgées de 20-24 ans (de 18,8

à 19,7 ans) (Central Statistical Office et Macro International Inc., 2000). Au Kenya, la baisse est un peu plus prononcée : en 1998, l'âge médian au premier mariage a augmenté de près de deux ans entre les générations âgées de 45-49 ans et celles âgées de 20-24 ans (de 18,4 à 20,2 ans) (National Council for Population and Development et Macro International Inc., 1999). Mais cet effet est d'autant moins prononcé que, souvent, la hausse de l'âge au premier mariage s'accompagne d'un accroissement des naissances pré-nuptiales et par conséquent d'un découplage croissant entre nuptialité et fécondité⁴. Ainsi, toujours au Zimbabwe, en 1994, l'âge médian à la première naissance est-il relativement stable entre les générations 45-49 ans et les générations 25-29 ans (19,7 et 20,3 ans respectivement), et au Kenya, en 1998, cet âge moyen a même légèrement baissé (de 19,9 à 19,6 ans). Le postulat d'un retard de l'âge au mariage comme préalable à la diminution de la fécondité et vecteur de cette diminution, défini en tant que mécanisme commun à toutes les populations, paraît peu fondé pour certaines populations d'Afrique subsaharienne.

Le fait que la baisse de la fécondité concerne l'ensemble des catégories socio-économiques tend à démontrer que les déterminants de la transition de la fécondité ont une forte composante centrale valable pour toutes les catégories. Les facteurs socio-économiques, géographiques individuels et communautaires interviennent seulement sur l'intensité relative de la baisse de la fécondité, inégale d'une catégorie de population à l'autre, et non sur l'orientation générale du mouvement (Brass et Jolly, 1993).

Il en est de même pour les progrès de la pratique contraceptive moderne, qui est l'un des facteurs de la baisse de la fécondité dans ces pays. C. Jolly et J. Gribble (1996), utilisant le modèle de Bongaarts de mesure de l'effet des déterminants proches de la fécondité, montrent que ceci se vérifie dès la fin des

4. Le pourcentage de femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels avant le mariage est élevé au Kenya (63 %) et au Botswana (85 %), plus faible au Zimbabwe (26 %). Dans les deux premiers pays, le pourcentage de mères célibataires est important (plus de 40 % au Kenya, plus de 50 % au Botswana) et, malgré le recul de l'âge au premier mariage, la majorité des femmes ont leur premier enfant avant 20 ans (Mboup, 2000).

années 1980⁵. Au Zimbabwe la contraception est le déterminant proche qui réduit le plus la fécondité ; au Kenya ou au Botswana elle vient en deuxième position, derrière l'infécondabilité post-partum mais devant le régime de nuptialité. Ces auteurs montrent également que la croissance de la prévalence contraceptive au Kenya est le principal facteur de la baisse de la fécondité entre 1979 et 1989. Les analyses de G. Mboup (2000) confirment l'importance croissante de la contraception dans la réduction de la fécondité dans ce pays. Au Kenya en 1978, l'infécondabilité post-partum avait un pouvoir réducteur de 36 % et la contraception de 5 % seulement ; 15 ans après, en 1993, leur effet réducteur est devenu équivalent : celui de la contraception (30 %) ayant été multiplié par 6 et celui de l'infécondabilité post-partum ayant légèrement décliné (32 %). La diffusion de la contraception a par conséquent été décisive dans la baisse de la fécondité, et cela tout particulièrement dans les groupes les plus avancés dans la voie de la transition de la fécondité⁶.

Le début de baisse de la fécondité en Afrique de l'Ouest

Pour d'autres pays en revanche, la baisse de la fécondité ne correspond pas à une utilisation de la contraception aussi prononcée, en particulier en Afrique de l'Ouest. Au Ghana, l'indice synthétique de fécondité est de 4,5 enfants par femme, plus faible que celui du Kenya, mais les prévalences de la contraception moderne (13,3 %) et de la contraception totale (22 %) sont nettement inférieures à celles du Kenya. La Côte d'Ivoire est un peu dans le même cas, avec un indice synthétique de fécondité de 5,2 enfants par femme et avec des prévalences de la contraception moderne de 7,2 % et de la contraception totale de 15 %. Le Sénégal et le Togo se situent également dans cette même perspec-

5. Les analyses de C. Jolly et J. Gribble portent sur la première enquête démographique et de santé qui a eu lieu en 1989 au Kenya comme au Zimbabwe.

6. De 1978 à 1993, le pouvoir réducteur de la contraception passe, par exemple, de 96 à 82 % chez les femmes sans instruction et de 83 à 53 % chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure (Mboup, 2000, p. 152).

tive, avec un début de baisse de la fécondité concomitant à une contraception peu répandue.

La faible progression de la prévalence contraceptive est, par ailleurs, assez inégale selon les catégories. Au Sénégal, en 1997, la prévalence, de 10 % à l'échelle nationale, varie de 7 % en milieu rural à 24 % en milieu urbain et de 8 % chez les femmes sans instruction à 43 % chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure. En Côte d'Ivoire, en 1998-99, les chiffres sont respectivement de 10 % et 24 %, de 7 % et 40 %.

La fécondité parvient à un premier stade de transition dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, alors que l'utilisation des moyens contraceptifs concerne une frange restreinte de la population, inférieure à 23 % dans tous les pays de la région, au contraire de ce qui se passe en Afrique de l'Est et australe, où la moitié des pays ont une prévalence contraceptive supérieure à ce chiffre. En dehors de cette opposition relative aux comportements de contraception, on ne note pas, pour les autres facteurs de la fécondité, de distinction très nette entre ces deux groupes de pays, certaines diversités pouvant apparaître dans chacun de ces groupes, en relation avec une hétérogénéité culturelle et économique. On note cependant une pratique plus forte des comportements de réduction de l'exposition au risque de grossesse dans des pays comme le Ghana et la Côte d'Ivoire, qui pourrait expliquer comment la fécondité peut être proche de 5 enfants, alors que la contraception moderne est peu répandue (tableau 3).

Calendrier et facteurs de la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya et en Zambie

Afin de mieux appréhender les différents calendriers et facteurs de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, qui concerne des pays se situant à des niveaux inégaux de développement économique et social, nous examinerons en détail quatre pays : Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya et Zambie se situant à des étapes distinctes de la baisse de leur fécondité tout en se caractérisant par des différences dans leurs indicateurs de développement (tableau 3). Durant les

années 1996-99, période des observations analysées ici, ces pays ont eu des niveaux de fécondité assez distincts (avec un ISF de respectivement 5,2, 4,5, 4,7 et 6,1 enfants par femme), et des prévalences contraceptives encore plus éloignées les unes des autres (respectivement 15 %, 22 %, 39 % et 25 %). Cette comparaison sera menée selon des approches agrégées de la baisse de la fécondité et du niveau de la contraception, puis selon deux approches individuelles des déterminants de la fécondité.

L'évolution différente de la fécondité et de son calendrier

La fécondité au Kenya a augmenté du début des années 1960, où l'indice synthétique de fécondité était de 5,3 enfants par femme, à la fin des années 1970, où il était de 8,1. Cette période de progression de la fécondité correspond à une phase initiale de la transition de la fécondité, connue par beaucoup de pays en développement, où l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des femmes entraîne une baisse de la stérilité, de la mortinatalité et une amélioration de la fécondabilité (Robinson, 1992). À partir de la fin des années 1970, la diminution de la fécondité est continue : 8,1 en 1975-78, 6,7 en 1984-89, 5,4 en 1990-93 et enfin 4,7 en 1995-98, soit une diminution de l'indice synthétique de fécondité de 42 % en une vingtaine d'années (National Council for Population and Development et Macro International Inc., 1999).

Les diminutions sont moins prononcées au Ghana et en Côte d'Ivoire, respectivement 31 % et 28 % durant une période comparable. En Côte d'Ivoire, la fécondité maximale est atteinte au début des années 1970, à un niveau un peu plus faible qu'au Kenya (7,9 enfants par femme), et la baisse commence à partir de cette date : 6,9 en 1977-81, 5,7 en 1991-1994 et 5,2 en 1995-1999 (Cochrane et Farid, 1989 ; Institut national de la statistique et ORC Macro, 2001). Au Ghana, la fécondité maximale a été mesurée plus tôt et à un niveau plus faible qu'en Côte d'Ivoire (7,2 enfants au début des années 1960), mais la diminution, commencée à partir de cette date, a été interrompue durant une dizaine d'années (1978-1988) avant de reprendre à un rythme très soutenu

durant la dernière décennie : 6,5 en 1976-80, 6,4 en 1984-1988, 5,5 en 1989-1993 et enfin 4,5 en 1994-1998 (Singh *et al.*, 1985 ; Ghana Statistical Service et Macro International Inc., 1999).

La baisse de la fécondité est encore moins prononcée en Zambie, avec une baisse de 15 % depuis la fin des années 1960. Dans ce pays, la fécondité est proche de 7 enfants par femme d'après les sources disponibles jusqu'au début des années 1980, moment où la baisse est amorcée. La fécondité passe de 7,2 enfants par femme au recensement de 1980, à 6,1 enfants par femme lors de l'EDS de 1996, la dernière EDS de 2001-02 confirmant cette très lente diminution avec un ISF de 5,9 enfants par femme (Foote *et al.*, 1996 ; Central Statistical Office, Ministry of Health et Macro International Inc., 1997).

En observant la baisse de la fécondité par âge de la fin des années 1970 à la fin des années 1990, on constate des différences marquées entre les quatre pays quant à son intensité et à sa répartition par groupe d'âges (tableau 4 et figure 4). Au Kenya, la diminution est rapide pour tous les groupes d'âges et jamais inférieure à 27 %. Si cette baisse est relativement égale d'un groupe d'âge à l'autre jusqu'en 1994, elle s'accroît en 1998 à partir de 35 ans. On peut penser que l'on assiste, là au passage d'une phase à l'autre de la transition où la contraception d'espaceur, relative à tous les âges de la vie féconde, s'articule à une contraception d'arrêt, aux âges avancés, de plus en plus marquée, attestée par le début de la stérilisation qui concerne 6,2 % des femmes mariées en 1998, et plus de 10 % des femmes mariées âgées de 35 ans et plus.

Au Ghana, la baisse de la fécondité est importante aux âges élevés (40-49 ans) jusqu'en 1993, durant la première partie de la transition. En 1998, cette diminution a touché les autres groupes d'âges quinquennaux, surtout les plus jeunes, tout en s'accroissant durant les dix dernières années de la vie féconde ; les tranches de 25 à 39 ans ont la baisse la plus faible (de 15 à 25 % seulement).

En Côte d'Ivoire, la diminution est supérieure dans les tranches d'âge extrêmes, les plus jeunes d'une part, les plus âgées d'autre part ; les groupes d'âges de 30 à 39 ans étant moins touchés avec moins de 10 % de baisse en 1990-92 et à peine 20 % en 1995-99 par rapport à 1977-81. On note cependant une

Tableau 4.1. Tendances de la fécondité par âge en Côte d'Ivoire et au Ghana

Côte d'Ivoire							
Groupe d'âges	1977-81	1989-93	1995-99	Taux de réduction (en %)	Taux de réduction (en %)	Taux moyen annuel de baisse de la fécondité	
	(1)	(2)	(3)	(1)-(2)/(1)	(1)-(3)/(1)	de 1977-81 à 1989-93	de 1989-93 à 1995-99
15-19	207	151	129	27,1	37,7	-2,63	-2,62
20-24	310	254	223	18,1	28,1	-1,66	-2,17
25-29	298	240	225	19,5	24,5	-1,80	-1,08
30-34	245	227	198	7,3	19,2	-0,64	-2,28
35-39	189	172	151	9,0	20,1	-0,79	-2,17
40-44	126	82	80	35,0	36,5	-3,58	-0,41
45-49	57	26	37	54,4	35,1	-6,54	5,88
ISF	7,2	5,7	5,2	20,8	27,8	-1,95	-1,53

Ghana							
Groupe d'âges	1976-80	1988-93	1994-98	Taux de réduction (en %)	Taux de réduction (en %)	Taux moyen annuel de baisse de la fécondité	
	(1)	(2)	(3)	(1)-(2)/(1)	(1)-(3)/(1)	de 1976-80 à 1988-93	de 1988-93 à 1994-98
15-19	132	119	90	9,8	31,8	-0,83	-5,08
20-24	257	231	192	10,1	25,3	-0,85	-3,36
25-29	266	244	206	8,3	22,6	-0,69	-3,08
30-34	242	215	183	11,2	24,4	-0,95	-2,93
35-39	169	163	143	3,6	15,4	-0,29	-2,38
40-44	135	99	79	26,7	41,5	-2,48	-4,10
45-49	50	29	16	42,0	68,0	-4,36	-10,81
ISF	6,5	5,5	4,5	15,4	30,8	-1,34	-3,65

Source : rapports EDS.

* données aberrantes, non utilisées dans les calculs.

Tableau 4.2. Tendances de la fécondité par âge au Kenya et en Zambie

Kenya							
Groupe d'âges	1975-78	1990-93	1995-98	Taux de réduction (en %)	Taux de réduction (en %)	Taux moyen annuel de baisse de la fécondité	
	(1)	(2)	(3)	(1)-(2)/(1)	(1)-(3)/(1)	de 1975-78 à 1990-93	de 1990-93 à 1995-98
15-19	168	110	111	34,5	33,9	-2,82	0,18
20-24	342	257	248	24,9	27,5	-1,90	-0,71
25-29	357	241	218	32,5	38,9	-2,62	-2,01
30-34	293	197	188	32,7	35,8	-2,65	-0,94
35-39	239	154	109	35,6	54,4	-2,93	-6,91
40-44	145	70	51	51,7	64,8	-4,85	-6,33
45-49	59	50	16	15,3	72,9	-1,10	-22,79
ISF	8,1	5,4	4,7	33,3	42,0	-2,70	-2,78

Zambie							
Groupe d'âges	1980	1989-1992	1993-1996	Taux de réduction (en %)	Taux de réduction (en %)	Taux moyen annuel de baisse de la fécondité	
	(1)	(2)	(3)	(1)-(2)/(1)	(1)-(3)/(1)	de 1980 à 92	de 1989-92 à 1993-96
15-19	153	156	158	-2,0	-3,3	0,18	0,32
20-24	318	294	280	7,5	11,9	-0,75	-1,22
25-29	323	271	274	16,1	15,2	-1,67	0,28
30-34	289	242	229	16,3	20,8	-1,69	-1,38
35-39	225	194	175	13,8	22,2	-1,41	-2,58
40-44	115	105	77	8,7	33,0	-0,87	-7,75
45-49	17*	31	24	-	-	-	-6,40
ISF	7,2	6,5	6,1	9,7	15,3	-0,97	-1,59

Source : rapports EDS.

* données aberrantes, non utilisées dans les calculs.

forte homogénéisation de la baisse durant la décennie 1990, la Côte d'Ivoire ayant, des quatre pays, la diminution par âge la moins irrégulière, alors que le

Figure 3. Évolution de l'ISF dans les quatre pays étudiés. 1970-2000

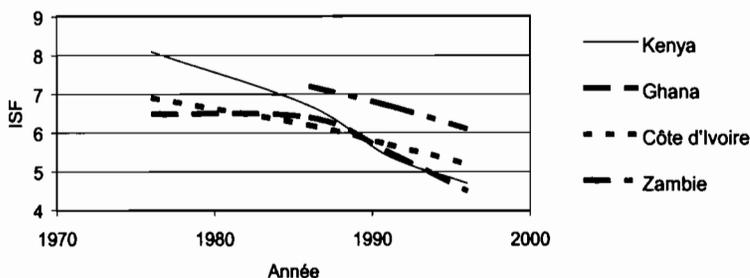
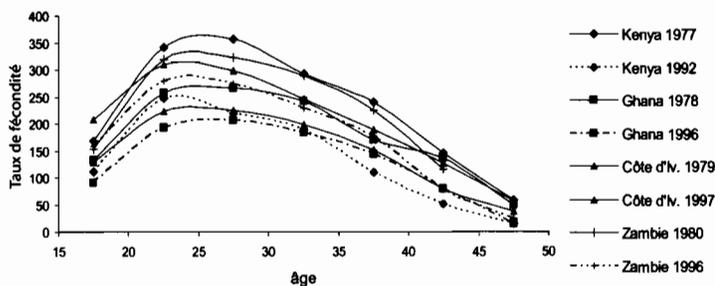


Figure 4. Évolution des taux de fécondité par âge dans les quatre pays étudiés. 1970-2000



Kenya et le Ghana sont marqués par une baisse plus forte durant la seconde partie de la vie féconde. À l'inverse, la Zambie caractérisée par la baisse la plus faible, se distingue également par une diminution plus accentuée au milieu de la vie féconde (entre 25 et 35 ans en 1992, entre 25 et 45 ans en 1996), et une augmentation de la fécondité aux âges extrêmes.

Comme l'indiquent l'évolution de l'ISF (figure 3) et celle des taux annuels de baisse des taux de fécondité (tableaux 4.1 et 4.2), le rythme de diminution est relativement homogène en Côte d'Ivoire et au Kenya sur l'ensemble de la

période étudiée, tout en étant plus lent en Côte d'Ivoire : entre -1,5 % et -1,9 % contre -2,7 % au Kenya. Par contre, en Zambie et, surtout, au Ghana, la baisse est plus rapide durant la période la plus récente (correspondant à peu près aux années 1990) que lors de la phase antérieure (les années 1980), ce qui révèle une accélération de la transition, qui demeure cependant nettement plus lente en Zambie. Les quatre pays se caractérisent par conséquent par une certaine diversité de leurs rythmes de transition.

Des prévalences contraceptives inégales

La contraception des femmes mariées est très inégale entre les pays, la contraception au Kenya (38 %) étant nettement supérieure à ce qu'elle est en Zambie (23 %), au Ghana (21 %) et plus encore en Côte d'Ivoire (16 %). Cette différence repose essentiellement sur une inégalité d'emploi des méthodes modernes de contraception (respectivement 31,5 %, 14,4 %, 13,3 % et 7,2 %). Les prévalences de la contraception naturelle (de 7 à 9 %) et de la contraception traditionnelle (environ 1 %) sont par contre proches dans les quatre pays.

Mais les prévalences contraceptives chez les femmes mariées, qui sont les données les plus communément citées et examinées dans la littérature, ne rendent pas exactement compte du contrôle réel de la fécondité à l'aide de la contraception. Cette mesure est calculée en effet sur un échantillon de femmes qui ne sont pas toutes soumises à un risque de conception, car certaines d'entre elles se trouvent sans partenaire (du fait d'un veuvage, d'un divorce ou d'une séparation) ou dans une période d'abstinence post-partum⁷. C'est pourquoi, nous pouvons lui préférer, comme mesure de l'intensité de la contraception, la prévalence contraceptive chez l'ensemble des femmes sexuellement actives⁸, non enceintes et non ménopausées, quel que soit leur état matrimonial. Cette prévalence de la contraception chez les femmes qui se trouvent effectivement

7. Celle-ci n'étant pas comptée comme une méthode de contraception.

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

soumises à un risque de conception au moment de l'enquête donne une idée plus exacte du contrôle réel de la fécondité par la contraception (Fassassi et Vimard, 2002).

Chez les femmes soumises à un risque de conception, la différence de prévalence contraceptive totale entre le Kenya et la Côte d'Ivoire n'est que de 14 points, alors qu'elle est de 22 points chez les femmes mariées, les différences entre le Kenya et la Zambie, d'une part, le Ghana, d'autre part, étant par contre peu réduites d'une mesure à l'autre, de 15 à 13 points dans un cas, de 17 à 16 points dans l'autre (tableau 5). Le retard de la Côte d'Ivoire, quant à la pratique contraceptive en usage chez les femmes mariées, est ainsi nettement atténué si l'on considère les femmes soumises au risque d'une grossesse par rapport au Kenya et se trouve inversé vis-à-vis du Ghana. Cette tendance est encore plus nette aux jeunes âges. En effet, chez les femmes soumises au risque

Tableau 5. Prévalence contraceptive (en %) selon la situation des femmes en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya et en Zambie

	Côte d'Ivoire 1998-99	Ghana 1998	Kenya 1998	Zambie 1996
Contraception totale				
Femmes en union	16,1	21,1	38,2	22,9
Femmes soumises au risque de conception	36,4	35,0	50,7	37,4
Ensemble des femmes	20,7	18,0	29,9	17,5
Contraception moderne				
Femmes en union	6,1	12,8	31,6	14,4
Femmes soumises au risque de conception	17,0	19,7	40,6	21,5
Ensemble des femmes	9,8	10,7	23,6	11,2

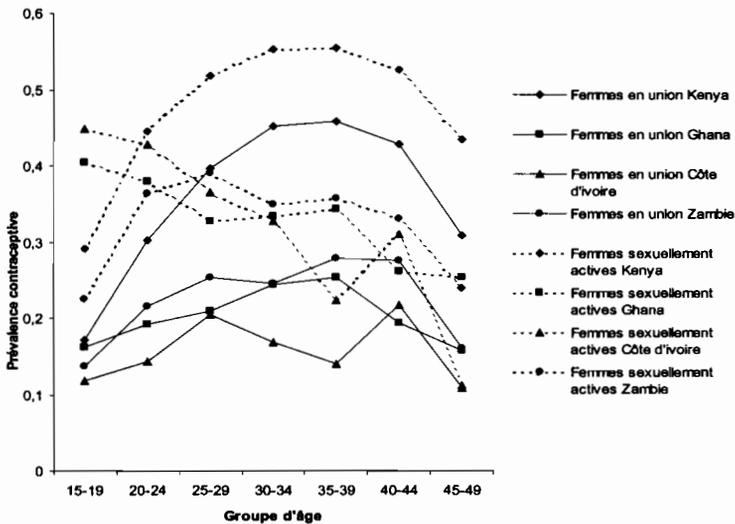
Source : calcul des auteurs à partir des données des EDS.

de conception, la prévalence contraceptive est supérieure en Côte d'Ivoire à 15-19 ans et égale à 20-24 ans à ce qu'elle est au Kenya, et elle est supérieure jusqu'à 25-29 ans à ce qu'elle est au Ghana (figure 5). Pour la contraception

moderne, l'atténuation de la différence entre le Kenya et la Côte d'Ivoire est moindre mais elle demeure : 25,5 point pour les femmes mariées et 23,6 pour les femmes soumises à un risque de conception.

La mesure de la contraception chez les femmes mariées, traditionnellement utilisée dans la littérature, sous-estime le rôle de la contraception comme moyen de contrôle de la fécondité dans les quatre pays considérés ici, et sans aucun doute dans tous les pays, et cette sous-estimation est tout particulière-

Figure 5. Prévalence contraceptive (en %) selon l'âge et la situation des femmes en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, et en Zambie



ment accentuée en Côte d'Ivoire, au Ghana et, dans une moindre mesure, en Zambie⁹. Cette mesure surestime l'écart de prévalence contraceptive entre le Kenya et la Côte d'Ivoire. Au contraire, la forte prévalence aux âges jeunes en Côte d'Ivoire, mais aussi au Ghana, chez les femmes soumises à un risque de

9. Et ce en considérant que, dans leur intention, l'utilisation de certains moyens contraceptifs, comme le préservatif, par des femmes non mariées mais sexuellement actives, est autant un comportement de prévention du VIH/sida qu'une pratique anticonceptionnelle.

grossesse, révèle la volonté de limitation des naissances qui s'exprime dans ces deux pays durant la première phase de la vie reproductive.

Cette volonté existe chez une minorité de femmes mariées, mais elle se manifeste surtout chez les femmes de 15 à 39 ans ne vivant pas en union mais sexuellement actives dont plus de la moitié utilise une méthode quelconque de contraception et plus de 20 % une méthode moderne. Ceci nous montre l'importance, dans le changement des comportements reproductifs, de ces femmes non mariées mais sexuellement actives, qui se révèlent nombreuses en Afrique de l'Ouest, tout particulièrement en milieu urbain, mais sont plus marginales en Afrique de l'Est. Par leur aspiration à un contrôle de leur fécondité, elles contribuent fortement à la maîtrise de la fécondité générale. Ceci confirme l'analyse de D. Kirk et B. Pillet (1998) qui, comparant la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes avec celle des seules femmes en union, déduisent la forte prévalence des femmes non mariées sexuellement actives dans plusieurs pays africains (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Nigeria et Togo), et l'importance de cette forte demande de planification familiale de la part des jeunes femmes non mariées pour l'avenir du processus de transition en Afrique subsaharienne, qui avait déjà été soulignée par J. Caldwell *et al.* (1992).

Les différences de fécondité et de contraception selon la résidence et l'instruction

Dans les quatre pays, la fécondité est nettement plus basse lorsque les femmes résident en ville et sont instruites (tableau 6). Par rapport au milieu rural, la fécondité est inférieure de 1,8 enfant par femme en Zambie, de 2 enfants par femme en ville au Kenya et en Côte d'Ivoire et de 2,5 enfants au Ghana. L'écart est plus important selon le niveau d'instruction, entre les femmes analphabètes et les femmes d'instruction secondaire ou supérieure : -2,3 enfants par femme au Kenya et en Zambie, -3 enfants au Ghana et -3,8 enfants en Côte d'Ivoire. Alors que la fécondité des femmes analphabètes est plus faible

au Kenya qu'en Côte d'Ivoire et au Ghana, la fécondité y est plus élevée pour les femmes ayant été scolarisées, quel que soit le niveau d'instruction atteint. L'effet de l'instruction sur la baisse de la fécondité est plus fort dans les deux pays d'Afrique de l'Ouest qu'au Kenya, ce qui sera confirmé par les modèles de régression (voir infra). Ainsi, peut-on penser que le retard de la baisse de la fécondité ivoirienne vis-à-vis de celle du Kenya, et du Ghana, tient beaucoup aux moindres progrès de la scolarisation¹⁰. L'éducation intervient ici de deux manières. D'une part, l'éducation des adultes facilite un changement des comportements de fécondité qui deviennent moins dépendants des normes de la communauté d'appartenance. Elle augmente également les opportunités d'un travail salarié des femmes et par là leur plus grande autonomie dans la famille et la société qui limite leur assujettissement à leur fonction dans la reproduction, deux éléments qui entraînent une baisse de la fécondité (Diamond *et al.*, 1999). D'autre part, lorsque l'éducation de masse des enfants est atteinte dans un pays, cela conduit les parents à investir dans la « qualité » de leurs enfants plutôt que dans leur « quantité », davantage que dans les pays où la scolarisation des enfants est moins répandue. Ceci suscite une baisse de la fécondité plus précoce et plus rapide dans ces pays engagés dans l'éducation de masse, comme le montre une analyse comparative récente de différents pays d'Afrique subsaharienne¹¹ (Lloyd *et al.*, 2000). Et dans le même temps, dans les pays qui disposent d'une éducation de masse, la différenciation des comportements de fécondité par l'éducation devient moins forte, comme on le constate au Kenya.

10. On note en effet un écart important entre ces pays dans les progrès de la scolarisation, en nette défaveur de la Côte d'Ivoire, où, en 1998, au moment des dernières EDS, seulement 36 % des femmes sont alphabétisées, contre 60 % au Ghana, 69 % en Zambie, et 73 % au Kenya. La différence est également sensible pour la scolarisation masculine avec 53 % d'hommes alphabétisés en Côte d'Ivoire, contre 78 % au Ghana, 84 % en Zambie et 88 % au Kenya (PNUD, 2000).

11. On constate également une nette différence entre les pays quant à la scolarisation de masse : dès les années 1990, au Kenya 88 % des filles de 15-19 ans ont bénéficié d'au moins 4 années de scolarisation, contre 75 % en Zambie, 64 % au Ghana et seulement 41 % en Côte d'Ivoire (Lloyd *et al.*, 2000, p. 496).

Quelle que soit la résidence ou l'instruction, la prévalence contraceptive est supérieure au Kenya à ce qu'elle est au Ghana et en Zambie, ces deux pays ayant une plus forte pratique de la contraception qu'en Côte d'Ivoire. Les effets de la résidence et de l'instruction en terme de progression de la prévalence sont relativement comparables d'un pays à l'autre, même s'ils agissent de manière moindre au Ghana sur la contraception moderne que dans les trois autres pays. et en Zambie.

Une hiérarchie distincte des déterminants proches de la fécondité

Pour mesurer l'influence des déterminants proches de la fécondité, nous utiliserons le modèle de J. Bongaarts (1978) adapté par C. Jolly et J. Gribble (1996) pour les populations d'Afrique subsaharienne. Quatre déterminants proches de la fécondité, jugés comme étant les variables intermédiaires majeures de la fécondité en Afrique subsaharienne, sont retenus dans ce modèle : les comportements de nuptialité, les pratiques contraceptives, l'infécondabilité post-partum liée à l'allaitement et à l'abstinence, la stérilité primaire. Dans ce modèle, les effets cumulés de tous les autres déterminants proches sont considérés comme nuls : par exemple, la stérilité secondaire est négligée et l'avortement provoqué n'est pas pris en compte, faute de données fiables.

Au Kenya, l'effet de l'infécondabilité post-partum est sensiblement plus fort que celui de la contraception, lui-même plus élevé que l'effet de la nuptialité. En Côte d'Ivoire comme au Ghana et en Zambie, la situation se caractérise par une hiérarchie différente et plus nette qu'au Kenya : l'effet de l'infécondabilité post-partum est très important et nettement plus affirmé que celui de la nuptialité, lui-même plus important que celui de la contraception (tableau 7). Si l'on compare les quatre pays, on constate que l'inhibition due à la nuptialité, comprise entre 21 % et 25 %, est peu différente d'un pays à l'autre. Par contre, l'inhibition due à l'infécondabilité post-partum est supérieure en Côte d'Ivoire et au Ghana (44 %) à celle de la Zambie (38 %) et du Kenya (35 %), traduisant essentiellement une abstinence post-partum plus longue.

Tableau 6. Fécondité et contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, et en Zambie

	Résidence			Instruction			Ens.
	Rural	Urbain	Aucune	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire et +	
Côte d'Ivoire							
Indice synthétique de fécondité ^a , 1995-99	6,03	4,02	6,19		4,71 ¹	2,30	5,21
Prévalence contraceptive totale ^b , 1998	10,2	24,2	7,7		25,2 ¹	40,3	15,0
Prévalence contraceptive moderne, 1998	4,6	12,4	4,4		10,4	19,6	7,3
Ghana							
Indice synthétique de fécondité, 1994-98	5,41	2,96	5,83	4,94	3,78	2,80	4,55
Prévalence contraceptive totale, 1998	18,1	30,4	13,2	20,3	26,6	42,3	22,0
Prévalence contraceptive moderne, 1998	11,4	17,4	8,9	12,9	16,1	20,3	13,3
Kenya							
Indice synthétique de fécondité, 1995-98	5,16	3,12	5,80	5,24	4,79	3,53	4,70
Prévalence contraceptive totale, 1998	36,2	49,6	22,8	27,9	43,7	56,7	39,0
Prévalence contraceptive moderne, 1998	29,0	41,0	16,1	21,8	37,0	46,3	31,5
Zambie							
Indice synthétique de fécondité, 1994-96	6,86	5,08	6,82		6,66 ¹	4,53	6,08
Prévalence contraceptive totale, 1998	20,9	33,3	17,1	23,4 ¹	37,9 ²	55,4 ³	25,9
Prévalence contraceptive moderne, 1998	8,2	23,6	5,7	11,4 ¹	27,1 ²	48,4 ³	14,4

Source : rapports EDS.

a. Nombre moyen d'enfants par femme.

b. Utilisatrices d'une méthode quelconque de contraception parmi les femmes en union (en %).

c. Utilisatrices d'une méthode quelconque de contraception moderne parmi les femmes en union (en %).

1. Primaire complet ou incomplet.

2. Secondaire.

3. Supérieur.

À l'inverse, l'inhibition due à la contraception est plus intense au Kenya (30 %), qu'en Zambie (16 %), qu'au Ghana (14 %) et en Côte d'Ivoire (9 %). L'effet d'une prévalence contraceptive plus élevée, déjà évoqué, se conjugue ici avec une efficacité supérieure des méthodes employées, qui sont plus fréquemment modernes au Kenya. Quant à l'effet relatif à la stérilité, il est très faible dans les trois pays.

L'évolution des effets inhibiteurs des années 1993-94 à la période 1998-99 est commune aux quatre pays. L'inhibition par le mariage progresse assez nettement, celle de la contraception également, mais dans des proportions moindres. Quant à celle relative aux comportements post-partum, elle régresse très légèrement, hormis en Côte d'Ivoire.

Le Kenya est caractéristique d'une évolution du contrôle de la fécondité où l'impact de la contraception se rapproche progressivement de celui de l'infécondabilité post-partum. Au contraire, la Côte d'Ivoire et, dans une moindre mesure, le Ghana, sont dans un mode de contrôle de la fécondité caractérisé par une nette prédominance de l'inhibition par les comportements post-partum, malgré un impact croissant de la contraception et, surtout, du régime matrimonial. La Zambie se caractérise par une situation intermédiaire, ou aucun effet inhibiteur n'est réellement accusé, l'effet de l'infécondabilité post-partum y étant plus faible que dans les pays d'Afrique de l'Ouest, dans le même temps où les effets de la contraception et du mariage sont plus faibles qu'au Kenya.

Plus qu'à une transformation radicale du contrôle de la fécondité, où certains types de comportements en remplaceraient d'autres, on assiste en Afrique subsaharienne à une évolution des modes de contrôle, où les différentes pratiques inhibitrices tendent à conjuguer davantage leurs effets. On constate : a) le maintien, avec un impact inhibiteur élevé, des comportements anciens d'espacement des naissances durant la période post-partum ; b) une modification du régime matrimonial, dans le sens d'un plus grand contrôle de la fécondité, avec un retard de l'âge au premier mariage, même si celui-ci n'est pas aussi déterminant qu'il l'a été dans d'autres populations ; c) une progression de la pratique contraceptive¹². Bien

12. La Côte d'Ivoire est le seul pays, de nos quatre pays étudiés, pour lequel le progrès de l'utilisation du préservatif tient une place importante dans l'augmentation de la contraception : 61 %, chez l'ensemble des femmes, et 37 %, chez les femmes mariées, de l'accroissement de

entendu ces évolutions ne se font pas au même rythme dans les pays considérés et le Kenya a pris une avance certaine en matière d'utilisation de la contraception, alors que les comportements d'espacement des naissances comme l'abstinence y ont des durées plus courtes qu'en Afrique de l'Ouest, et ce depuis longtemps.

Avec ce modèle, l'indice synthétique de fécondité estimé sur la base des effets inhibiteurs calculés, à partir d'une fécondité potentielle de 15,3 enfants, généralement admise, est de 5,2 enfants au Kenya, 5,6 enfants au Ghana, 6,0 enfants en Côte d'Ivoire et 6,3 enfants en Zambie. L'écart avec l'indice synthétique de fécondité observé est important au Ghana (1,1 enfant) et en Côte d'Ivoire (0,8), et plus faible au Kenya (0,5) et en Zambie (0,2). Ces écarts peuvent correspondre à l'effet de l'ensemble des facteurs qui n'ont pu être appréciés dans le modèle. Parmi ceux-ci, il faut souligner les avortements provoqués, dont des études récentes montrent la progression en Côte d'Ivoire durant ces dernières années (Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume, 2003). Ceci pourrait expliquer une partie de la réduction de la fécondité, notamment dans les villes et les couches instruites où les femmes utilisent l'interruption volontaire de grossesse comme un moyen de contrôle de la fécondité, faute d'un accès aisé à des méthodes contraceptives efficaces. D'après une application du modèle de Bongaarts aux différentes catégories de femmes en Côte d'Ivoire, l'effet inhibiteur des avortements provoqués était équivalent en 1994 à celui de la contraception et, égal à 6 % pour l'ensemble des femmes, il s'élevait à 14 % chez les femmes résidant en milieu urbain et ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieure (Fassassi et Vimard, 2002). On peut penser que cette situation ivoirienne se retrouve au Ghana, proche culturellement, même si l'accès à la contraception y est un peu plus aisé. En revanche, au Kenya, l'offre mieux structurée et plus accessible de produits contraceptifs modernes doit réduire le recours aux avortements comme moyen de contrôle des naissances. L'ajustement par les couples de la fréquence des rapports sexuels à la descendance souhaitée, phénomène non mesuré par les enquêtes, pourrait également expliquer cet écart entre la

la prévalence des méthodes modernes entre 1994 et 1998-99 peuvent lui être imputés. Ceci révèle l'importance pour ce pays des programmes de prévention du VIH/sida qui ont un effet sur le contrôle de la fécondité, même si leur objectif initial n'est pas celui-ci.

fécondité observée et celle ajustée, comme le suggère une analyse récente de la baisse de la fécondité au Ghana (Blanc et Grey, 2002).

Les déterminants individuels de la fécondité

Pour approfondir notre analyse des facteurs de la fécondité, nous pouvons explorer les déterminants individuels de la fécondité, représentée ici par le nombre d'enfants nés vivants au cours des cinq dernières années précédant les enquêtes démographiques et de santé. Notre choix s'est porté sur cette variable dépendante parce que nous avons des données récentes sur les caractéristiques des femmes (occupation au moment de l'enquête, lieu de résidence, etc.) et de leurs communautés d'appartenance (ménage, unité de peuplement). Un modèle log-linéaire de régression approprié pour l'analyse de ce type de variables (appelées variables de comptage) est le modèle de Poisson parce que ces variables sont distribuées selon une loi du même nom. L'analyse porte sur l'ensemble des femmes en âge de reproduction dans chaque pays. Nous avons introduit dans les modèles initiaux, outre les variables relatives à l'âge de la femme et à l'expérience du décès d'un enfant, les principales variables définissant la position socio-économique de chaque femme : la région et le milieu de résidence, le lieu de socialisation, la religion, l'instruction et l'activité. Le choix de ces variables permet de tenir compte de l'influence différentielle du mode de vie des femmes sur leur niveau de fécondité. Ont été également incluses l'instruction et l'activité du conjoint, sauf pour la Côte d'Ivoire où ces données ne sont pas disponibles en 1998¹³. Les modèles ainsi constitués, à partir des facteurs généralement considérés comme ayant un effet sur le niveau de la fécondité, nous avons défini, pour chaque pays, un modèle bien spécifié à partir des variables véritablement significatives, en éliminant les variables qui n'amélioreraient pas significativement le modèle (tableau 8)¹⁴.

13. L'instruction de certains conjoints aurait pu être saisie à partir du fichier homme ou du fichier couple où un sous-échantillon d'hommes a été tiré, mais l'effectif très faible de femmes dont les conjoints ont été interrogés ne justifiait pas leur prise en compte.

14. La construction de ce modèle ne vise pas à élaborer un modèle explicatif complet des

Tableau 7. Effets inhibiteurs de la nuptialité, de la contraception, de l'infécondabilité post-partum et de la stérilité selon l'année en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, et en Zambie *

	Côte d'Ivoire 1994	Ghana 1993	Kenya 1993	Zambie 1992
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,740	0,746	0,730	0,753
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,129	1,098	1,123	1,124
Indice de mariage (Cm) ¹	0,835 (16,5 %)	0,820 (18,0 %)	0,820 (18,0 %)	0,846 (15,4 %)
Indice de contraception (Cc)	0,934 (6,5 %)	0,878 (12,2 %)	0,726 (27,4 %)	0,896 (10,4 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,562 (43,8 %)	0,559 (44,1 %)	0,643 (35,7 %)	0,600 (40,0 %)
Indice de stérilité (Ip) ²	0,995 (0,4 %)	1,006 (-0,6 %)	1,015 (-1,5 %)	1,024 (-2,4 %)
ISF estimé**	6,7	6,2	5,9	6,96
Écart ISF estimé - ISF observé	1,0	0,7	0,5	0,7

	Côte d'Ivoire 1998-99	Ghana 1999	Kenya 1998	Zambie 1996
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,695	0,707	0,665	0,685
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,125	1,064	1,121	1,148
Indice de mariage (Cm)	0,782 (21,8 %)	0,752 (24,8 %)	0,746 (25,4 %)	0,786 (21,4 %)
Indice de contraception (Cc)	0,905 (9,5 %)	0,864 (13,6 %)	0,696 (30,4 %)	0,842 (15,8 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,558 (44,1 %)	0,565 (43,5 %)	0,652 (34,8 %)	0,619 (38,1 %)
Indice de stérilité (Ip)	1,045 (-4,5 %)	1,024 (-2,4 %)	1,015 (-1,5 %)	1,029 (-2,9 %)
ISF estimé**	6,0	5,6	5,2	6,3
Écart ISF estimé - ISF observé	0,8	1,1	0,5	0,3

Source : calcul des auteurs à partir des données EDS.

* Pourcentage d'inhibition entre parenthèse ; ** l'ISF est ici estimé à partir d'une fécondité théorique de 15,3 enfants par femme valable en l'absence d'éléments inhibiteurs.

Notes :

1. Pour tenir compte des naissances hors mariages, fréquentes en Afrique subsaharienne, non prises en compte par la méthode de Bongaarts, C. Jolly et J. Gribble ont calculé Cm comme le rapport de l'ISF et de l'ISFM (ISF des femmes en union) et l'ont décomposé en deux éléments. D'une part Mo, qui mesure l'effet des naissances hors union, et d'autre part C'm, qui mesure l'effet des modèles d'union sur la fécondité dans l'hypothèse où l'ensemble des naissances survient au sein de ces unions. Ainsi $Cm = Mo \times C'm$.

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

Les modèles de régression montrent que l'absence de décès infantile a un effet significatif de réduction de la fécondité dans les quatre pays, les décès infantiles augmentant la fécondité de 35 à 50 % selon les pays. Il en est de même pour la résidence urbaine, surtout lorsqu'elle concerne la principale métropole, sauf en Zambie où les effets ne sont pas significatifs. Ainsi, la résidence dans la capitale conduit à une diminution de la fécondité de 24 % en Côte d'Ivoire (à Abidjan), 30 % au Ghana et 33 % au Kenya. Et la résidence dans une ville secondaire diminue, de manière significative, la fécondité de 19 % au Ghana et au Kenya. L'instruction de la femme (au niveau secondaire ou supérieur) joue également un rôle, sauf au Kenya où cette variable n'a pas d'effet significatif. Ce rôle est important en Côte d'Ivoire, où l'instruction secondaire ou supérieure diminue la fécondité de 40 %. L'occupation des femmes a un effet notable sur la fécondité du moment, essentiellement lorsqu'il s'agit d'une occupation dans le secteur formel, sauf au Kenya où l'effet de l'occupation n'existe pas. Ainsi, l'occupation dans le secteur formel réduit la fécondité de 13 % en Zambie, 22 % en Côte d'Ivoire et 35 % au Ghana. Quant à l'effet d'une activité hors du secteur agricole exercée par le conjoint, il est inégal selon les pays. Au Ghana et en Zambie, les effets sont souvent forts et significatifs, ainsi l'occupation du conjoint dans le secteur formel réduit la fécondité de 11 % en Zambie et de 26 % au Ghana, celle dans le secteur informel réduisant la fécondité de 11 % en Zambie et de 16 % au Ghana. En revanche, en Côte d'Ivoire et au Kenya, l'effet d'une activité extra-agricole est inexistant. L'ethnie a un effet significatif uniquement en Côte d'Ivoire, où l'appartenance à un groupe ethnique autre que celui des Akan (ethnie la plus scolarisée du pays et insérée précocement dans les activités urbaines) augmente la fécondité de 25 % à 37 % (à l'exception des Krou, où l'effet n'est pas significatif). Quant à la région de résidence, elle agit seulement au Kenya, où l'effet d'une résidence dans une autre région que

déterminants, qui devrait inclure des facteurs proches ou lointains, de la fécondité, mais à mesurer l'effet respectif des modalités socio-économiques les plus déterminantes sur le nombre d'enfants nés vivants au cours des 5 dernières années précédant l'enquête. Nous citerons dans notre commentaire uniquement les effets de modalités significatifs au moins à 10 %.

celle du Rift Valley (région très agricole et l'un des plus faiblement scolarisés du pays) diminue le plus souvent la fécondité et de manière significative.

Les modèles de réduction de la fécondité sont relativement différenciés entre les pays. Pour la Côte d'Ivoire, le modèle fait intervenir l'absence de décès infantile, la résidence dans la capitale, l'instruction secondaire ou supérieure, les activités formelles ou informelles et l'appartenance au groupe Akan. Au Ghana, le modèle fait intervenir l'absence de décès infantile, la résidence urbaine, l'instruction secondaire de la femme, l'activité formelle de la femme, l'inactivité du conjoint ou celle qu'il exerce en dehors du secteur agricole. Au Kenya, le modèle fait intervenir l'absence de décès infantile, la résidence urbaine, l'instruction du conjoint, la résidence hors de la région du Rift Valley. Enfin, en Zambie, la baisse de la fécondité repose principalement sur des facteurs tels que l'absence de décès infantile, l'instruction primaire de la femme et du conjoint, l'exercice d'une activité économique formelle ou informelle du conjoint.

Politique de population, crise économique et transition de la fécondité

La baisse de la fécondité au Kenya se caractérise par l'importance des progrès de la prévalence contraceptive comme facteur de la baisse, comme cela a pu être également constaté au Botswana et au Zimbabwe. Cette expérience des pays de l'Afrique de l'Est et australe, où les programmes de planification familiale sont anciens¹⁵ et où de 60 % à plus de 90 % des contraceptifs modernes sont obtenus auprès du secteur gouvernemental, nous enseigne que des programmes de planification familiale sont en mesure d'impulser une croissance importante de la prévalence de la contraception moderne qui contribue à une diminution significative des indices de fécondité. Le caractère public et national des programmes de planification, par conséquent assez homogènes sur l'ensemble du territoire, nous semble devoir expliquer, avec la relative égalité d'accès à l'édu-

15. Au Kenya, les premiers programmes de planification familiale datent de 1967, mais leur montée en puissance a été lente et ne s'est véritablement concrétisée qu'en 1982.

Tableau 8. Déterminants de la fécondité des cinq dernières années
en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya et en Zambie

Variables (modalité de référence)	Côte d'Ivoire	Ghana	Kenya	Zambie
Décès des enfants (aucun)				
Au moins un décès	1,497 ***	1,347 ***	1,476 ***	1,407 ***
Lieu de résidence (rural)				
Capitale	0,758 ***	0,700 ***	0,672 ***	0,930 ns
Autres villes	0,984 ns	0,812 ***	0,809 ***	1,022 ns
Instruction de la femme (aucun)				
Primaire	0,9301	0,992 ns	ns	1,059 *
Secondaire et +	0,5955 ***	0,901 **	-	1,004 ns
Occupation (agricole et autre)				
Sans emploi	0,867 ns	1,056 ns	ns	0,9405 **
Formel	0,778 **	0,654 ***	-	0,866 *
Informel	0,814 *	0,969 ns	-	0,958 ns
Ouvriers	0,9906 ns	0,957 ns	-	0,920 ns
Instruction du conjoint (aucun et primaire)				
Secondaire et +	nd	ns	2,228 ***	0,9507 *
Sans conjoint	-	-	0,811 ***	0,432 ***
Occupation du conjoint (agricole)				
Sans emploi	nd	0,673 **	ns	0,873 ns
Formel	-	0,743 ***	-	0,889 **
Informel	-	0,841 ***	-	0,892 ***
Ouvriers	-	0,837 ***	-	0,958 ns
Sans conjoint	-	0,080 ***	-	0,538 **
Ethnie de la femme (Akan)				
Krou	1,097 ns	ns	ns	ns
Mandé Nord	1,366 ***	-	-	-
Mandé Sud	1,316 ***	-	-	-
Voltaïque	1,249 ***	-	-	-
Autres Africains	1,368 ***	-	-	-
Région (Rift Valley)				
Nairobi	ns	ns	0,829 *	ns
Central	-	-	0,714 ***	-
Coast	-	-	0,972 ns	-
Easter	-	-	0,811 ***	-
Nyanza	-	-	0,822 ***	-
Western	-	-	1,005 ns	-
Groupes d'âges (15-19)				
20-24	3,313 ***	2,093 ***	2,99 ***	2,22 ***
25-29	3,688 ***	2,217 ***	2,99 ***	2,13 ***
30-34	3,286 ***	1,912 ***	2,44 ***	1,77 ***
35-39	2,767 ***	1,578 ***	1,73 ***	1,44 ***
40-44	1,600 ***	1,170 ns	0,93 ns	0,84 ***
45-59	0,622 ***	0,440 ***	0,35 ***	0,29 ***

Source : calcul des auteurs à partir des données EDS des pays concernés. nd : non disponible
*** significatif à 1 % ** significatif à 5 % * significatif à 10 % ns : non significatif.

cation et à la santé caractérisant ces pays, la généralisation du mouvement de baisse de par la diffusion et l'acceptation des méthodes modernes d'espacement des naissances par la plupart des catégories socio-économiques. Dans ce cadre, l'investissement dans la planification familiale joue tout autant dans le début de la transition que celui dans l'éducation, comme cela a été montré pour le Zimbabwe (Guilkey et Jayne, 1997). Cependant, l'homogénéité démographique de la baisse, mise en évidence durant la première étape de la transition, tend aujourd'hui à s'estomper et la forte diminution de la fécondité en fin de vie féconde indique l'émergence d'une contraception d'arrêt.

Ces éléments sont relativement absents au Ghana et plus encore en Côte d'Ivoire. Au Ghana¹⁶, ce n'est qu'à partir de 1985 que des services relativement satisfaisants purent commencer à être assurés aux populations et de manière assez inégale selon les groupes de population (Locoh et Makdessi, 2000), et en 1993 seulement 37 % des moyens modernes de contraception sont obtenus auprès du secteur public, mais 5 ans plus tard ce sont déjà 47 % qui sont obtenus auprès de ce secteur. Ceci contribue à la plus forte différenciation entre les catégories de la population quant aux progrès de la contraception et à la diminution de la fécondité, dont le contrôle repose davantage qu'au Kenya sur les moyens naturels de contraception et les méthodes traditionnelles d'espacement des naissances.

La baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire accuse les traits significatifs de l'évolution ghanéenne. Elle dépend moins de la progression de la contraception et repose davantage sur le maintien de pratiques traditionnelles durant la période post-partum. Cette baisse concerne surtout les groupes urbains et instruits, et correspond par conséquent à une plus forte différenciation des pratiques de reproduction entre les groupes socio-économiques. Ce sont des caractéristiques également rencontrées au Sénégal, où la baisse de la fécondité est cependant moins forte (Ndiaye *et al.*, 1997). Ceci semble correspondre, d'une

16. Le Ghana fut, lui aussi, l'un des pays pionniers en matière de formulation de politique de population, avec, dès 1969, l'adoption d'un plan en la matière, mais la mise en œuvre des programmes de planification familiale y fut beaucoup plus inégale géographiquement, en raison d'une désorganisation de l'État et de crises économiques successives.

part, à un développement social plus inégalitaire et, d'autre part, au maintien d'un populationnisme affirmé jusqu'au début des années 1990, avec une mise en place longtemps contrariée des services de planification familiale, 70 % des moyens contraceptifs modernes étant encore obtenus auprès du secteur privé (Anoh *et al.*, 2004)¹⁷. L'expérience ivoirienne de réduction de la fécondité se développe malgré la politique tardive de population et la faible utilisation des méthodes modernes de contraception. Dans ce cas, comme dans celui d'autres pays comparables en Afrique de l'Ouest, pour lesquels des techniques sont disponibles sans être réellement accessibles au plus grand nombre, le changement intervient en relation avec la diffusion de nouveaux modèles familiaux dans les médias (à travers la publicité, les feuilletons télévisés...) et sous l'effet de nouvelles contraintes économiques, générales à l'ensemble du sous-continent.

La Zambie, pourtant proche géographiquement, se distingue également du Kenya. Ce pays a adopté tardivement une politique de population¹⁸ et, si la prévalence contraceptive est comparable à celle rencontrée en Afrique de l'Ouest, la fécondité y est plus forte et encore à l'aube de sa transition : le premier mariage et la première naissance sont précoces, la fécondité demeure forte en début de vie féconde, et l'intervalle intergénérisique est court.

La décennie 1980, qui correspond globalement à la première phase de baisse de la fécondité, est marquée, pour tous les pays considérés ici, par une récession économique qui va d'une simple stagnation (Kenya, Ghana, Sénégal) à des crises plus ou moins sévères (Côte d'Ivoire, Zambie, Zimbabwe). Le début de la transition de la fécondité intervient ainsi dans une période de baisse de revenu des ménages, d'augmentation des coûts d'éducation des enfants et,

17. Le gouvernement ivoirien ne s'est prononcé qu'en 1991 pour une maîtrise de la croissance démographique et la politique nationale de population a été adoptée en 1997 seulement. Depuis 1991, des programmes de planification familiale ont pris leur essor, mais dans des conditions peu favorables à la mise en œuvre d'un programme public fort à l'échelle nationale (activités erratiques des bailleurs de fonds, instabilité des responsables nationaux...).

18. La Zambie a adopté une politique de population en 1989 seulement, et les activités de planification familiale commencèrent à être introduites dans les activités de soins de santé primaire durant les années 1990.

pour certains pays, de réduction des budgets publics de fonctionnement et d'investissement, concernant particulièrement les services scolaires et de santé (Lesthaeghe et Jolly, 1994).

Dans cette période de récession, la baisse de la fécondité est, le plus souvent, la plus nette dans les couches socioprofessionnelles les plus élevées, comme le montrent des analyses agrégées au niveau national ou des approches plus fines (Vimard, 1996). D'une part, l'affaiblissement du contrôle social traditionnel sur la fécondité et l'émergence d'une conceptualisation par les couples eux-mêmes de leur régulation familiale, déterminants dans la baisse de la natalité, apparaissent plus affirmés dans les groupes socioéconomiques les plus instruits et les plus engagés dans l'économie marchande ; les individus plus démunis demeurent intégrés dans des cadres idéologiques de reproduction démographique traditionnels. D'autre part, même en présence de programmes nationaux de planification familiale, la réduction des budgets de ces programmes et celle qui touche les revenus des familles font que les groupes pauvres peuvent plus difficilement accéder aux moyens de régulation de leur fécondité. À cet égard, cette première phase de baisse de la fécondité correspond davantage à une transition de crise concernant les couches moyennes et aisées qu'à un réel malthusianisme des plus démunis. Ceci est confirmé par le rôle des variables liées à la modernisation comme facteurs d'une faible fécondité (résidence urbaine, instruction secondaire, activité dans le secteur formel, absence de décès infantile).

Ce rôle de la crise dans les transitions de la fécondité, mis en avant pour l'Afrique subsaharienne (Boserup, 1985 ; Lesthaegue et Jolly, 1994), mérite cependant d'être mis en perspective. Il apparaît notamment que, si la transition de la fécondité est intervenue ou s'est accélérée, en Côte d'Ivoire et au Kenya comme dans d'autres pays africains, en période de difficultés économiques, ce sont les mutations antérieures (accroissement de l'instruction, amélioration sanitaire, affaiblissement des cadres sociaux traditionnels, autonomie sociale et économique des couples et des individus...) qui permettent cette évolution où la crise ne joue qu'un rôle déclencheur ou accélérateur d'une prise de conscience

dont les fondements sont plus anciens, en provoquant tout particulièrement une hausse des coûts, effectif et d'opportunité, des enfants. La crise suscite en effet une prise de conscience des populations sur le fait que leurs comportements démographiques individuels ne correspondent plus aux nouveaux cadres économiques et sociaux en vigueur dans leur société. Mais cette remise en cause est d'autant plus forte et rapide que les individus sont insérés dans un contexte sanitaire, social et culturel marqué par une diffusion des idéaux et pratiques démographiques favorables à la réduction de la fécondité. Et elle a tendance à se concrétiser réellement ou à s'accélérer, au delà de sa formalisation durant la crise, dans les phases de reprise économique, comme l'évolution du Kenya et du Ghana du milieu des années 1980 à celui des années 1990 le montre (Brass et Jolly, 1993 ; Mboup, 2000).

Sur un plan social, la fécondité diminue en Afrique subsaharienne, alors que les liens intergénérationnels, et les flux de ressources qu'ils sous-tendent, se maintiennent, et ceci aussi bien au Kenya (Dow *et al.*, 1994) qu'en Côte d'Ivoire (Adjamagbo, 1998), et que la famille nucléaire ne devient pas la forme familiale dominante (Vimard, 1997). En ce sens la transition de la fécondité n'est pas la conséquence ou la manifestation concomitante d'une nucléarisation qui n'est pas la règle. Elle résulte davantage d'une modification plurielle et d'une individualisation des projets familiaux, sous la pression des contraintes sociales et économiques.

Les expériences différenciées de la Côte d'Ivoire et du Kenya, comme celle du Ghana, plus médiane, montrent que des éléments sensiblement comparables – progrès de l'urbanisation et des activités marchandes, autonomie des couples et des individus, diffusion de normes occidentales de comportements, coût croissant des enfants – se traduisent dans ces trois pays, comme dans d'autres, par une baisse de la fécondité. Mais ce processus s'effectue selon des configurations et des rythmes sensiblement différents, en référence à des contextes nationaux où l'investissement en capital humain diffère et où les politiques de population et les programmes de planification familiale n'ont ni la même antériorité ni la même efficacité. Le fait que la transition de la fécondité ait pu s'engager si

fortement depuis deux décennies en Côte d'Ivoire en l'absence, d'une part, de programmes de planification familiale et, d'autre part, d'éducation de masse, montre la puissance du mouvement de baisse duquel seuls quelques pays, enclavés ou désorganisés, demeurent encore à l'écart. Mais le mouvement de baisse peut être plus lent pour certains pays, comme la Zambie, lorsque la faible transformation des comportements matrimoniaux et de contraception s'articule avec des pratiques post-partum moins à même de contrôler la fécondité.

À l'avenir, le calendrier de la transition de la fécondité continuera d'être déterminé dans les différents pays par les progrès du développement, relatif notamment à l'éducation des femmes et à la santé des enfants, et de la planification familiale. Des spécificités, liées à la répartition géographique et sociale des équipements et des services, à l'enclavement, au maintien de comportements traditionnels en matière matrimoniale ou d'espacement des naissances, conduiront certains pays à des situations particulières eu égard à un mouvement de baisse assez général mais très inégal.

En outre, la baisse de la fécondité sera également influencée par l'épidémie à VIH-sida dans les pays à forte prévalence. Si les liens entre cette épidémie et la fécondité sont complexes et encore mal quantifiés (Zaba et Gregson, 1998), on commence à mieux percevoir combien l'épidémie peut avoir d'effets sur les facteurs comportementaux et biologiques de la reproduction. L'épidémie accroît la mortalité des adultes et des enfants et déstructure les familles et les couples, cellules de base de la reproduction et de la socialisation des enfants, ce qui devrait diminuer le potentiel reproductif des populations (Ferry, 2001). Dans le même temps, les femmes séropositives s'avèrent moins fécondes, voire moins fertiles, que les femmes séronégatives, dans des proportions pouvant aller de 25 à 40 % (Gray, 1998 ; Gregson *et al.*, 2002). En conséquence, la fécondité des populations les plus touchées par l'infection, souvent situées en Afrique de l'Est ou australe, devrait être assez fortement atteinte, alors que ces populations ayant la plus forte prévalence du VIH-sida sont souvent celles qui ont connu la baisse la plus forte de la fécondité (Gregson *et al.*, 2002). La pandémie de VIH-sida devrait par conséquent accélérer la transition dans ces

pays, sauf si la concomitance d'une mortalité croissante des enfants conduisait à un changement radical des comportements de reproduction, lié aux effets d'assurance et de remplacement.

Références bibliographiques

- ADJAMAGBO A., 1998, Changements socio-économiques et logiques de fécondité en milieu rural ouest africain : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire, Thèse de doctorat en démographie, Université de Paris X Nanterre, janvier 1998, 272 p. + annexes.
- ANOH A. FASSASSI R. et VIMARD P., 2004, Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire, in GAUTIER A. (éd.), Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales, Ceped-LPED-CERPOS, Paris, 2004, pp. 195-231.
- 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.
- BLANC A. K. et GREY S., 2002, « Greater than Expected Fertility Decline in Ghana : Untangling a Puzzle », *J. biosoc. Sci.* (2002) 34, pp. 475-495.
- BONGAARTS J., 1978, « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, 4, n° 1, pp. 105-131.
- BONGAARTS J. et WATKINS S. C., 1996, « Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions », *Population and Development Review*, 22, n° 4, pp. 639-682.
- BOSERUP E., 1985, « Economic and Demographic Interrelations in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 11, n° 3, pp. 383-397.
- BRASS W. et JOLLY C. L. (éd.), 1993, *Population Dynamics of Kenya*, National Academy Press, Washington, D.C., 183 p.
- CALDWELL J. C., ORUBULOYE I. O. et CALDWELL P., 1992, « Fertility Decline in Africa : A New Type of Transition ? », *Population and Development Review*, 17, n° 2, pp. 211-242.
- CALDWELL J.C. et CALDWELL P., 1993, « The South African Fertility Decline », *Population and Development Review*, vol. XIX, n° 2, pp. 225-262.
- CASTERLINE J.B., 1994, « Fertility Decline in Asia », in LOCOHT. et HERTRICH V. (éd.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, Ordina Éditions, pp. 69-86.

- CENTRAL STATISTICAL OFFICE et MACRO INTERNATIONAL INC., 2000, *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1999*, Calverton, 289 p.
- CENTRAL STATISTICAL OFFICE, MINISTRY OF HEALTH ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1997, *Demographic and Health Survey 1996*, Lusaka-Calverton, 273 p.
- CHIMERE-DAN O., 1993, « Population policy in South Africa », *Studies in Family Planning*, 24, n° 1, pp. 31-39.
- CLELAND J. et TIMAEUS I., 1994, « Fertility Change in Sub-Saharan Africa : a Review of the Evidence », in LOCOH T. et HERTRICH V. (éd.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, Ordina Éditions, pp. 1-20.
- COCHRANE S. H. et FARID S. M., 1989, *Fertility in Sub-Saharan Africa. Analysis and Explanantion*, World Bank Discussion Paper Number 43, Banque mondiale, Washington D.C.
- COSIO-ZAVALA M.E., 2000, « Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique Latine », in PILON M. et GUILLAUME A. (éd.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, coll. Colloques et séminaires, Paris, Éditions IRD, pp. 21-33.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I. et WELFFENS-EKRA C., 1999, « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, 54, n° 3, pp. 427-446.
- DIAMOND I., NEWBY M. et VARLE S., 1999, « Female Education and Fertility : Examining the Links », in BLEDSOE C. H. et al. (éd.), *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the developing World*, National Research Council, National Academy Press, Washington D.C., pp. 23-48.
- DOW T. E., ARCHER L., KHASIANI S. et KEKOVOLE J., 1994, « Wealth Flow and Fertility Decline in Rural Kenya, 1981-92 », *Population and Development Review*, vol. 20, n° 2, pp. 343-364.
- FASSASSI R. et Vimard P., 2002, « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », in GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., ZANOU B. et KOFFI N., *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-Fnuap-IRD, Abidjan, p. 189-213.
- FERRY B., 2001, « La diffusion du sida et son impact sur la croissance démographique », in LÉRY A. et VIMARD P. (coord.), *Population et développement : Les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*, Les documents et manuels du Ceped n° 12, Paris, Ceped/LPE, 2001 : 91-102.
- FOOTE K. A., HILL K. H. et MARTIN L. G. (éd.), 1996, *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et Documents, Cahier n° 135, Paris, Ined-PUF, 371 p.

- GRAY R.H. *et al.*, 1998, « Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda », *The Lancet*, vol. 351., pp. 98-103.
- GREGSON S., ZABA B. et HUNTER S.C., 2002, *The Impact of HIV1 on Fertility in Sub-Saharan Africa : Causes and Consequences*, Expert groupe meeting on Completing the fertility transition", Division de la Population, Nations unies, New York, mars 2002, 34 p.
- GUILLAUME A., 2003, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, 2003, 58 (6), pp. 741-772.
- GHANA STATISTICAL SERVICE ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1999, *Demographic and Health Survey 1998*, Accra et Calverton, 248 p.
- GUILKEY D. K. et JAYNE S., 1997, « Fertility transition in Zimbabwe : Determinants of contraceptive use and method choice », *Population Studies*, vol. 51, n° 2, pp. 173-189.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET ORC MACRO, 2001, *Enquête démographique et de santé. Côte d'Ivoire 1998-1999*, Institut national de la statistique – ORC Macro, Abidjan et Calverton, 298 p.
- JOLLY C. L. et GRIBBLE J. N., 1996, « Les déterminants proches de la fécondité », in FOOTE K. A., HILL K. H. et MARTIN L. G. (éd.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et Documents, Cahier n° 135, Ined-PUF, Paris, p. 71-117.
- JOSEPH V. et GARENNE M., 2001, *Datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*, Les dossiers du Ceped n° 66, Ceped, Paris, 64 p.
- KIRK D. et PILLET B., 1998, « Fertility Levels, Trends, and Differentials in Sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s », *Studies in Family Planning*, 29, 1, p. 1-22.
- KNODEL J., VAN DE WALLE E., 1979, « Lessons from the past : policy implications of historical fertility studies », *Population and Development Review*, vol. V, n° 2, p. 217-245.
- LESTHAEGHE R. et JOLLY C., 1994, « The Start of the Sub-Saharan Fertility Transitions : Some Answers and Many Questions », in CAMPBELL K. L. et WOOD J. W., *Human Reproductive Ecology - Interactions of Environment, Fertility and Behaviour*, Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 709, New York, pp. 379-395.
- LLOYD C. B., KAUFMAN C. E. et HEWETT P., 2000, « The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa : Implications for Fertility Change », *Population and Development Review*, 26, n° 3, pp. 483-515.
- LOCOH T. et HERTRICH V. (éd.), 1994, *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, Ordina Éditions, 308 p.

- LOCOH T. et MAKDESSI Y., 2000, Les politiques en matière de fécondité en Afrique sub-saharienne, in VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, collection Populations, Paris, L'Harmattan, pp. 263-296.
- MARTINE G., 1996, « Brazil's Fertility Decline, 1965-95 : A Fresh Look at Key Factors », *Population and Development Review*, 22, n° 1, pp. 47-75.
- MBOUP G., 2000, « Transition de la fécondité et pratique contraceptive en Afrique anglophone », in VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, collection Populations, Paris, L'Harmattan, p. 133-170.
- NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT et MACRO INTERNATIONAL INC., 1994, *Kenya Demographic and Health Survey 1993*, Nairobi et Calverton, 278 p.
- NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT et MACRO INTERNATIONAL INC., 1999, *Kenya Demographic and Health Survey 1998*, Nairobi et Calverton, 285 p.
- N'CHO S., KOUASSI L., KOFFI K. A., SCHOEMAKER J., BARRÈRE M., BARRÈRE B. et POUKOUTA P., 1995, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*, Institut national de la statistique, Macro International Inc., 294 p.
- NDIAYE S., AYAD M. et GAYE A., 1997, *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-III) 1997*, ministère de l'Économie, des Finances et du Plan et Macro International Inc., Dakar et Calverton, 238 p.
- PNUD, 2000, *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, Paris-Bruxelles, De Boeck université, 290 p.
- PNUD, 2003, *Rapport mondial sur le développement humain 2003*, PNUD et Economica, Paris, 367 p.
- ROBINSON W.C., 1992, « Kenya enters the fertility transition », *Population Studies*, vol. 46, n° 3, pp. 445-457.
- RUTENBERG N., AYAD M., OCHOA L. H. et WILKINSON M., 1991, *Knowledge and Use Of Contraception*, Demographic and Health Surveys Comparative Studies n° 6, Macro International Inc., Columbia, Maryland USA, 67 p.
- RWENGE M., 2000, « Planification familiale et fécondité en Afrique subsaharienne francophone », in VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, collection Populations, Paris, L'Harmattan, pp. 171-188.
- SINGH S., OWUSU J. Y. et SHAH I. H. (éd.), 1985, *Demographic Patterns in Ghana : Evidence from the Ghana Fertility Survey 1979-80*, World Fertility Survey, Londres.

- TABUTIN D., 1997, Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificité, changements et incertitudes, Communication au XXIII^e Congrès général de la population (UIESP, Beijing-Chine, octobre 1997), 24 p.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B., 2001, Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique subsaharienne, Communication au XXIV^e Congrès général de la population (UIESP, Salvador-Brazil, août 2001), 26 p.
- 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, 2003, *World Population Prospects. The 2002 Revision*, Population Division, United Nations, New York.
- VIMARD P., 1996, « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in COUSSY J. et VALLIN J. (éd.), *Crise et population en Afrique*, Les Études du Ceped, n° 13, Paris, Ceped, pp. 293-318.
- VIMARD P., 1997, « Modernisation, crise et transformation familiale en Afrique subsaharienne », *Autrepart* (2), pp. 143-159.
- VIMARD P. et Zanou B. (dir.), 2000, Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique, collection Populations, Paris, L'Harmattan, 297 p.
- ZABA B. et GREGSON S., 1998, « Measuring the impact of HIV on fertility in Africa » in CARAËL M. et SCHWARTLANDER B. (éd.), *Demographic impact of AIDS, AIDS*, 1998, 12, Sup. 1, S41-50.

Vimard Patrice, Fassasi R., Talnan E.

Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne.

In : Adjamagbo Agnès (dir.), Msellati Philippe (dir.), Vimard Patrice (dir.). Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements. Louvain-la-Neuve (BEL), Marseille : Academia Bruylant, LPED, 2007, p. 169-210.

ISBN 978-2-87209-832-3